

64 5536

Ба 5536

ПРОФ. С. М. РУБАШОВ

СЬМЯРОТНАСЬЦЬ

П Р Ы

ХІРУРГІЧНЫХ

ЗАХВОРВАНЬНЯХ

І ЗМАГАНЬНЕ

З ЁЮ



ЭКСПРАУСЭКТАР

Дз

В

Б

Ба 5536 Проф. С. М. РУБАШОЎ

СЬМЯРОТНАСЬЦЬ

ПРЫ ХІРУРГІЧНЫХ ЗАХВОРВАНЬНЯХ
• І ЗМАГАНЬНЕ З ЁЮ

СОЦЫЯЛЬНА-КЛІНІЧНЫ НАРЫС)

Бел. аддзел

1994 г.

Мнв. 1953 г. 545536



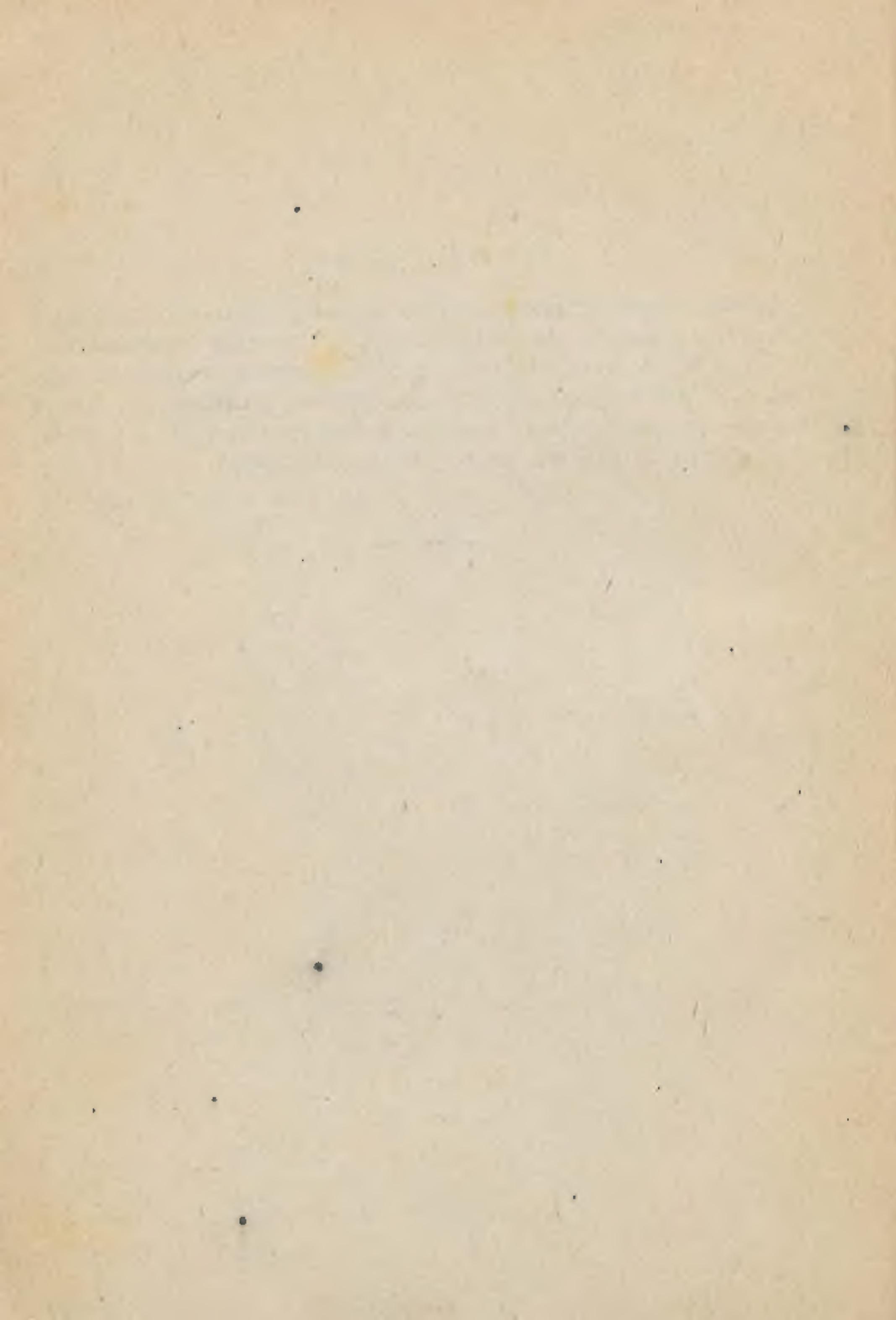
Дзяржаўнае выдавецтва Беларусі
ЭКПРАЎСЭКТАР
М Е Н С К 1 9 3 1

П Р А Д М О В А.

Вынікі нашай мэдычнай работы павінны быць перагледжаны з пункту гледжаньня іх соцыяльнай каштоўнасьці і карыснасьці.

Даны нарыс і становіць сабою спробу іменна ў гэтым кірунку. Паколькі такая работа зьяўляецца спробай ў параўнаўча новай галіне,—я надаю ёй толькі вядомае значэньне і выпускаю ў сьвет, ня гледзячы на рад мне самому ясных недахопаў.

Аўтар.



У В О Д З І Н Ы.

Соцыяльны заказ, які даецца мэдыцыне наогул і хірургіі ў прыватнасьці, заключаецца ў аднаўленьні працаздольнасьці таго члена соцыяльнага арганізма, які ёе страціў,—аднаўленьні магчыма больш поўным і магчыма больш хуткім. Найвышэйшай формай страты працаздольнасьці зьяўляецца—у соцыяльным разрэзе—сьмерць. Змаганьне з ёю, такім чынам, уключана ў той соцыяльны заказ, аб якім гаварылася вышэй.

Хірургічныя захворваньні маюць ў соцыяльным аспэктэ яшчэ і асаблівае значэньне. Яны ў вялікай сваёй масе паражваюць самы працаздольны ўзрост і таму заслугоўваюць пільнай соцыяльнай увагі; з другога боку—яны ў значнай меры маюць экзогеннае паходжаньне і в прычыны гэтага іх хутчэй можна ўнікнуць, чым раду хвароб, што зьяўляюцца вынікам зношваньня арганізма.

Імкнучыся не да „эфэктаў“, а да соцыяльнай „эфэктыўнасьці“—хірургія сучаснага пэрыоду павінна задаць сабе пытаньне—якімі зьяўляюцца шляхі гэтай найбольшай эфэктыўнасьці і,—у прыватнасьці,—у чым павінен заключацца плян змаганьня з хірургічнай сьмяротнасьцю на бліжэйшы пэрыод.

У сваёй рабоце я імкнуся высветліць сьмяротнасьць пры хірургічных захворваньнях у бягучы час; ці зьмяншаецца яна, і калі зьмяншаецца, дык па якіх шляхах ідзе гэта зьмяншэньне; што за кірункі, па якіх павінны далей пайсьці нашы мерапрыемствы, каб дамагчыся далейшага зьмяншэньня сьмяротнасьці пры хірургічных захворваньнях.

Вывучэньне гэтага пытаньня дазваляе мне адказаць з усёй пэўнасьцю, што ў бліжэйшы пэрыод хірургічная сьмяротнасьць можа быць зьніжана пераважна шляхам мерапрыемстваў соцыяльнага парадаку. Навуковыя праблемы—змаганьня з шокам, з унутранымі крывацязэньнямі, з сэпсісам, інтоксыкацыямі, злаякаснымі пухлінамі—павінны і будуць распрацоўвацца: у свой час яны прывядуць да рашучых перамог над хваробамі.

Але ўжо цяпер, зараз-жа—можна было-б зьнізіць сьмяротнасьць пры хірургічных захворваньнях процантаў на 50 (гаворачы, зразумела, прыблізна), калі-б, пры сучасным стане нашых навуко-

вых ведаў, мы маглі стварыць тую соцыяльную абстаноўку, якая дала-б магчымасць поўнасьцю гэтыя веды рэалізаваць.

Профіляктыка адыгрывае вялізарную ролю ў такіх групах, як траўмы, запаленьні і расстройствы жыўленьня. Рацыянальна выкарыстаныя профіляктычныя мерапрыемствы ўжо зараз выяўляцца ў значным зьмяншэньні сьмяротнасьці ў гэтых групах.

У адносінах да захворваньня, якое ўжо пачалося, важнай зьяўляецца сваячасовая яго дыягностыка. Апошняя распрацавана цяпер вельмі добра, але яна патрабуе часта адпаведных інструментаў і абстаноўкі (лябараторыя, рэнтген, інструментальныя мэтоды), г. зн. упіраецца ў соцыяльна-экономічную праблему. Цяжэй, чым дыягназ захворваньня,—задача выявіць жыцьцёвую ўстойлівасьць арганізма, што асабліва важна пры хірургічным мэтодзе лячэньня, які ставіць рад патрабаваньняў да сіл хворага. Як ня мала дасканалымі зьяўляюцца нашы веды і магчымасьці ў гэтай галіне, але і яны давалі-б значна больш вынікаў, калі-б іх можна было ўжываць паўней і шырэй, чым мы гэта робім цяпер, з-за недахопаў апаратуры, перагружанасьці ўрачоў, ложкаў і т. д.: зноў рашаючым зьяўляецца соцыяльна-экономічны мотыў.

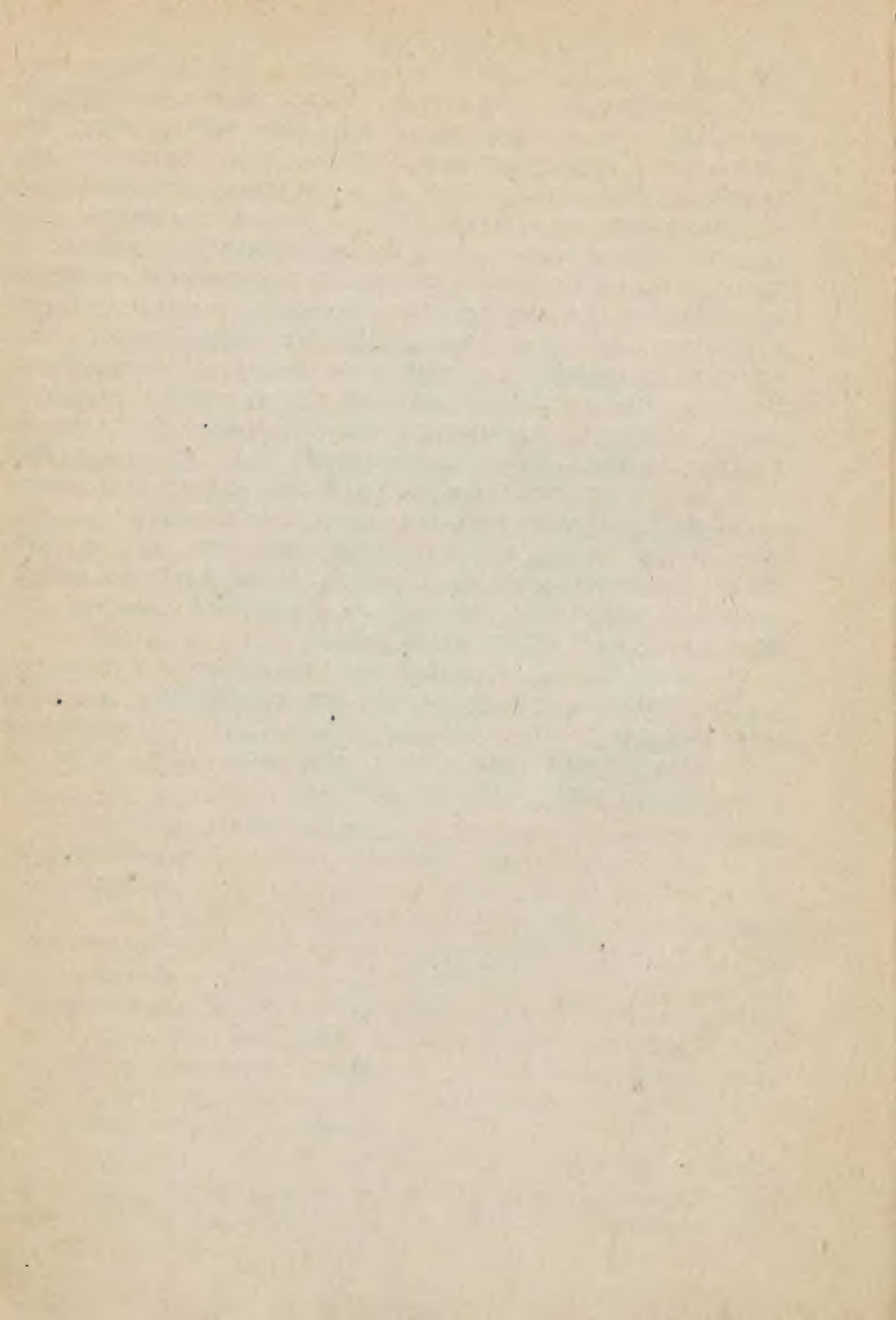
Хірургічным захворваньнем мы называем такое, пры якім ужываецца хірургічная мэтодыка лячэньня—якой бы яна ня была—консэрватыўнай ці апэрацыйнай. Гэта мэтодыка вызначаецца складанасьцю і дыфэрэнцыяванасьцю, уключаючы ў сябе коопэрацыю раду асоб, дзеянне апаратаў, інструментаў і т. д. Таму пытаньне пра „абстаноўку“ мае вялізарнае значэньне, цалкам залежачы ад таго-ж соцыяльна-экономічнага фактару. Пэўны процант сьмяротнасьці ад інфэкцыі, ад лёгачных ды іншых аскладненьняў залежыць ад гэтага фактару „абстаноўкі“. Даволі часта гэты фактар зьяўляецца і прычынай некаторых тэхнічных памылак хірурга (адсутнасьць патрэбнага інструменту і д. т. п.).

Значэньне „запушчанасьці“ выпадкаў, што рэзка павышае сьмяротнасьць, будзе дастаткова высьветлена ніжэй: ад 30 проц. да 40 проц. сьмярцей трэба аднесьці за лік гэтага моманту, які знаходзіцца, галоўным чынам, у сувязі з малакультурнасьцю, беднасьцю, адсутнасьцю сродкаў зносін, г. зн. у аснове з момантамі соцыяльнага характару.

Нарэшце, так званыя дыягностычныя і тэхнічныя памылкі хірурга ў вялікай ступені знаходзяцца ў сувязі з яго кваліфікацыяй, а апошняя—з соцыяльна-бытавымі ўмовамі выхаваньня ўрача.

За апошнія гады ў медычнай літаратуры наогул і хірургічнай у прыватнасці пракацілася хваля артыкулаў і работ, якія гаварылі пра крызіс у хірургіі і пра тое, што „хірургія на раздарожжы“. Пакідаючы ў баку цэлы рад іншых меркаванняў, а лічу магчымым констатаваць, што гэты крызіс зьяўляецца часткова адбіткам неадпаведнасці паміж тэарэтычнымі магчымасцямі хірургіі і соцыяльнымі ўмовамі, не дазваляючымі поўнасьцю іх рэалізаваць. На маю думку, ня толькі няма крызісу, але хірургія яшчэ нават і ня ўскрыла ўсіх тых магчымасцяў, якія ў яе ёсць, у адносінах да вялізарнай колькасці насельніцтва. Для рэалізацыі гэтых магчымасцяў, хірург павінен сайсьці са шляху выключна акадэмічнага і пачаць змаганьне за стварэньне неабходных для гэтай мэты соцыяльных умоў. У гэтым кірунку ёсць шмат непачатай яшчэ работы. Мэтаю майго дасьледваньня зьяўляецца ўказаньне таго, што хірургічная сьмяротнасьць падлягае таму-ж закону, што і агульная сьмяротнасьць, г. зн. зьяўляецца функцыяй соцыяльных адносін. Іменна ў апошніх ляжыць вырашэньне праблемы зьмяншэньня хірургічнай сьмяротнасьці напалавіну ўжо ў даным адрэзку часу.

У нашым Саюзе, які разгортвае соцыялістычнае будаўніцтва і соцыялістычную культуру—даны ўсе прадпасылкі для таго, каб нашы хірургі гэту праблему вырашылі. „Прэч непатрэбныя—на стане навукі ў даны мамант—сьмерці“—павінна быць адным з дэвізаў нашай савецкай хірургіі!



I. СТАТЫКА І ДЫНАМІКА ХІРУРГІЧНАЙ СЬМЯРОТНАСЬЦІ.

Разьвязаньне раду пытаньняў, што знаходзяцца ў сувязі з выпучэньнем сьмяротнасьці пры хірургічных захворваньнях (да-лей усюды гаворыцца „хірургічная сьмяротнасьць“), магчыма ў двух роўніцах: шляхам паасобных назіраньняў і лічбавых даных. Першыя зьяўляюцца недастаткова ўсеахапляючымі, другія, ва ўмовах мэдычнай статыстыкі, не даюць поўнага і дакладнага адлюстраваньня сапраўднасьці. Ужо асноўнае пытаньне—што та-кое хірургічнае захворваньне—сустракае цяжкасьці пры адказе на яго. Калі ў адносінах да раду груп захворваньняў адказ ясны, дык гэтага нельга сказаць у адносінах да іншых: шмат якія за-хворваньні ўнутраных органаў робяцца хірургічнымі толькі па-стольку, паколькі яны падлягаюць хірургічнаму лячэньню. Вы-явіць статыстычныя моманты ў адносінах да такога няўстойлі-вага аб'екту—цяжка. Калі да гэтага далучыць шматлікія кры-ніцы іншых памылак, дык ясна, што па лічбы мы павінны гля-дзець толькі як на прыблізныя наказальнікі, але ня больш. Гэту заўвагу я лічу неабходным зрабіць для стварэньня правільнай ацэнкі зьмешчаных ніжэй даных.

1. Ступень удзелу хірургічнай сьмяротнасьці ў агуль-най сьмяротнасьці насельніцтва.

Якая доля сьмяротнасьці ад хірургічных захворваньняў у агульнай сьмяротнасьці насельніцтва?

Устанавіць гэту лічбу—задача ня лёгкая, таму што ў дзяр-жаўных статыстыках мы ня маем асобнага аддзелу—„хірургіч-ныя захворваньні“,—і гэты процант мы можам высветліць толькі ўскоснымі спосабамі.

Як відаць, доля хірургічных захворваньняў у агульнай сьмя-ротнасьці параўнаўча невялікая. Гэта адразу можна бачыць з такіх параўнаньняў:

У Германіі прычыны сьмерці на 10.000 насельніцтва былі такія:

	1913 г.		1926 г.	
	м.	ж.	м.	ж.
У с я г о	156,8	143,1	121,6	112,3
Ін ф э к цы і	68,5			
Т р а ў м ы	6,1	1,6	6,0	1,6
Злаякасныя пухліны	7,4	8,9	9,6	11,4
Апэндыцыт	0,7	0,5	0,8	0,6

У той час, як траўмы, злаякасныя пухліны, апэндыцыты складаюць усяго 14,2, адны інфэкцыі даюць—68,5 (на ўсю колькасць сьмярцей).

Такі-ж малюнак атрымаецца, калі мы зьвернемся да даных Італіі.

У Італіі на 1.000.000 насельніцтва памерла ад наступных прычын:

	1924 г.	1925 г.	1926 г.
1. Прыраджоных аномалій	89	84	73
2. Злаякасных пухлін	650	570	560
3. Пляўрытаў	75	80	76
4. Язваў страўніка	33	42	39
5. Хвароб печані і жоўцевых шляхоў	67	78	77
6. Апэндыцытаў	31	34	36
7. Хвароб нырак (апрача нефрыту)	14	32	19
8. Мачапалавых хвароб	80	80	80
9. Траўм	324	337	315
10. Хвароб органаў руху	370	329	315
11. Тубэркулёзу	1136	1118	1063
12. Хвароб сэрца	1460	1492	1667

Такім чынам, калі мы складзем першыя 10 нумароў, лічычы, што сярод іх мы маем справу толькі з хірургічнымі захворваньнямі, дык атрымаем для 1924-1926 г. г. наступныя лічбы: 1734; 1664; 1590.

Гэтыя лічбы аказваюцца менш сьмяротнасьці толькі ад двух груп захворваньняў—тубэркулёзу і хвароб сэрца, якія даюць разам для тых жа год: 2596; 2610; 2730.

Каб даць больш дакладнае ўяўленне аб удзеле хірургічных захворванняў у агульнай сьмяротнасьці, я паспрабаваў зрабіць наступныя вылічэньні. Так, у 1912 г. у Расіі на 100.000 насельніцтва памерла (у розных гарадох) ад:

хвароб органаў страваваньня	558
востразаразных хвароб	261
тубэркулёзу	222
хвароб органаў дыханьня	306
хвароб нэрвовай сыстэмы	139
хвароб крывяносных судзін	147
злаякасных пухлін	79
траўм	58
хвароб мачавых органаў	54

Калі лічыць выключна хірургічнымі тры апошнія групы і ўзяць некаторую частку выпадкаў з групы хвароб органаў страваваньня і дыханьня, дык мы ўбачым, што гэта складае невялікую суму агульнай сьмяротнасьці (прыблізна 15 проц.). Я і інакш паспрабаваў вылічыць гэты ўдзел хірургічнай сьмяротнасьці ў агульнай, узяўшы максымальныя лічбы ў групах 1912 г. Расія. Прычыны сьмярцей у гарадох.

На 109.070 сьмярцей было ад:

хвароб скуры	216
косцева-цяглічнай сыстэмы	130
мачавых органаў	2391
хвароб органаў страваваньня	2198
(апрача катараў)	
траўм	2579
злаякасных пухлін	3181

Дапушчаючы (а мабыць гэта дапушчэньне прыводзіць да пераўвялічэньня), што на ўсіх пералічаных выпадках мы мелі справу толькі з хірургічнымі захворваннямі, мы атрымліваем суму 10.995, што дае ў адносінах да 109.070 процант, роўны 10 проц.

Некаторае ўяўленне аб ўдзеле хірургічнай сьмяротнасьці ў агульнай, даюць яшчэ лічбы *Смулевіча* (Беларусь 1922-1925 г. г.):

Рожа	0,2 проц. агульнай сьмяротнасьці.
Слушняк }	0,1 " " "
Хірургічная бугарчатка }	3,5 " " "
Сэптыцэмія	0,5 " " "
Новаўтварэньні	3,6 " " "
Страўнічна-кішочныя хваробы	0,7 " " "
Анэміцыты	0,2 " " "

Грыжы, непраходнасць кішочніка	0,4 проц.	агульнай смяротнасці.
Хваробы мачавых органаў	0,1	"
Хваробы скуры	0,2	"
Хваробы касьцей	0,1	"
Хібы развіцця	0,1	"
Знешнія прычыны (пашкодзаныя)	2,4	"

12,1 проц. усіх прычын смерці

Іншыя даныя мы можам запазычыць у *Смулевіча*, выдзеліўшы асноўныя лічбы смяротнасці за 1925 г. па аддзелах (у абсалютных лічбах).

рожа	37	грыжа, непраходнасць кішак	60
слушняк	9	хваробы скуры і клеткавіцы	41
бугарчатка хірургічная	14	хваробы касьцей	15
сэптыцэмія і півмія	100	хібы развіцця	18
новаўтварэнні	358	знешнія прычыны	261
эпідэмія	30		

Мы атрымліваем такім чынам 943 смерці на агульную лічбу 9786 смярцей за 1925 г., г. зн. каля 10 проц.

Усе вышэйпаданыя ўказанні наўрад ці асабліва дакладныя; але зважаючы на тое, што вылічэнні, зробленыя на розным матэрыяле, усе даюць лічбу ад 10 проц. да 15 проц. я лічу магчымым зрабіць вывад, што гэтыя лічбы ў асноўным выражаюць долю ўдзелу хірургічнай смяротнасці ў агульнай.

Калі мы прыем гэтыя лічбы—10-15 проц.—за паказальнік удзелу хірургічнай смяротнасці ў агульнай, дык у адносінах да лічбы 2,3 проц. (паказальнік агульнай смяротнасці) гэта дасць 0,23-0,33 проц., г. зн. можна дапушчальна прыняць, што адна хірургічная смерць прыпадае на 330-450 жыхароў, або 2-3 смерці на 1000 чал. насельніцтва.

Аднак, адносная вага хірургічных, асабліва цяжкіх, захворванняў, далёка не вызначаецца гэтай лічбай, з прычыны таго, што ня ўсе ўзросты прымаюць аднолькавы ўдзел у хірургічнай захворвальнасці і хірургічнай смяротнасці. Таму мы будзем мець крыху іншы малюнак, калі спынім сваю ўвагу на ўзростах больш старых (пра гэта глядзі ў разьдзеле аб агульных фактарах хірургічнай смяротнасці—„Значэнне ўзросту“).

Тут-жа мы павінны адзначыць, што дзіцячы ўзрост (да 5 год), які дае такую вялікую агульную смяротнасць, прымае малы ўдзел у хірургічных захворваннях; таму хірургічная смярот-

насыць адпаведна павышаецца, калі гаварыць толькі пра дарослых.

Не настойваючы на правільнасці сваіх лічбаў, я лічу магчымым зрабіць наступныя вывады:

хірургічная смяротнасць займае скромнае месца ў агульнай смяротнасці чалавечага роду;

гэты ўдзел выражаецца, як відаць, лічбай ад 10 да 15 проц., што дае ў канчатковым выніку ад 2 да 3 смяротных выпадкаў на 1000 чалавек насельніцтва; калі ўзяць толькі дарослае насельніцтва, дык гэты стасунак павялічваецца.

2. Хірургічная смяротнасць.

Які працэнт хірургічных хворых гіне?

З прычыны некаторай няпэўнасці самога разумення і адсутнасці ў нomenклатуры хвароб рубрыкі „хірургічныя захворванні“, я пазбаўлен магчымасці, для адказу на гэта пытанне, скарыстаць вялізарныя лічбы статыстык паасобных краін. Мы павінны скарыстаць або лічбы, якія адносяцца да паасобных захворванняў ці груп іх, або зьвярнуцца да статыстыкі смяротнасці ў хірургічных аддзяленнях, дзе згуртоўваюцца хірургічныя хворыя.

Але абодва гэтыя спосабы не даюць адказу на пастаўленае вышэй пытанне, з прычыны таго, што пры гэтым не ахопліваюцца ўсе хірургічныя хворыя, г. зн. і амбулаторныя і стацыянарныя.

Для некаторага высвятлення пытання я скарыстаў наступныя даныя. Колькасць хірургічных захворванняў можна лічыць роўнай прыблізна 20 проц. агульнай захворвальнасці. Калі ўсяго хворых было 567.349 чалавек (Беларусь за 1925 г.), можна лік хірургічных хворых прыняць роўным 113.469; тады 941 (лік хірургічных смярцей, вылічаны намі вышэй) дасць—0,8 проц. Гэта лічба прыблізна стаіць у адпаведнасці з агульным „паказальнікам летальнасці“, які для Беларусі вылічаны *Смулевічам* амаль у $1\frac{1}{2}$ -2 на 100. Гэта лічба—0,8—азначае, што з усіх хворых, якія з'яўляюцца за хірургічнаю дапамогаю (г. зн. амбулаторных і стацыянарных разам) гіне прыблізна адзін чалавек на 100 хірургічных хворых.

Гэты паказальнік летальнасці я прабаваў вылічыць і на ўласным матэрыяле. Калі ўзяць разам амбулаторных і ста-

цыянарных хворых маёй клінікі, дык атрымаем наступныя лічбы:

	Хворых	Сьмярцей
1925 г.	3.234	61
1926 г.	3.470	52
1927 г.	3.223	88
1928 г.	4.400	■
1929 г. (1½)	2.710	55
	17.037	350—2 проц.

Але 2 проц. прыпадаюць на больш цяжкіх хірургічных хворых, як амбуляторных, так і стацыянарных, бо ў больніцу звярочваюцца з больш цяжкімі захворваньнямі. Таму прыняўшы лічбу 1:100, як наказальнік хірургічнай летальнасьці, я думаю, што знаходжуся недалёка ад ісьціны.

3. Сьмяротнасьць ў хірургічных аддзяленьнях.

Лічбы сьмяротнасьці пры хірургічных захворваньнях у стацыянарах не даюць, зразумела, поўнага ўяўленьня аб сапраўднай хірургічнай сьмяротнасьці. З аднаго боку, вельмі многа сьмяротных выпадкаў не пападае ў стацыянары; вельмі многа памірае раптоўна ад пашкоджаньняў; шмат хворых з „новаўтварэньнямі“ канчаюць жыцьцё ў сябе дома. З другога боку, у стацыянарах зьбіраюцца найбольш цяжкія хірургічныя хворыя. Але іменна таму, што тут мы маем справу з цяжкімі выпадкамі, праблема вывучэньня фактараў сьмяротнасьці ў хірургічным стацыянары павінна даць нам шмат чаго для выяўленьня мер зьмяншэньня хірургічнай сьмяротнасьці наогул.

Калі ўзяць процант сьмяротнасьці ў хірургічных аддзяленьнях, пачынаючы ад 1900 г. дык на 36.169 стацыянарных хірургічных хворых (справаздачы 18 аддзяленьняў—клінікі, вялікія і малыя больніцы), я налічыў 1.631 сьмяротных выпадкаў; процант роўны 5

Калі карыстацца іншым спосабам вылічэньня,—сярэдняй лічбай з лічбаў сьмяротнасьці розных устаноў, дык мы атрымаем лічбу 5,6 проц.—на сутнасьці блізкую да першай.

Для мяне зьяўляецца ня зусім зразумелым процант, вылічаны *Мельнікавым*: агульны процант сьмяротнасьці—паводле *Мельнікава* да вайны—2,3⁰/₀, пасля вайны—3,2⁰/₀. Мне здаецца, што для складаньня яго статыстычных лічбаў было ўзята вельмі мала справаздач, пры гэтым толькі публікаваных, г. зн. звычайна „добрых“, з малым процантам сьмяротнасьці. Такім чынам, мы

павінны прызнаць, што ў даную эпоху на 100 хірургічных стацыянарных хворых памірае 5 чал.

Да той жа сярэдняй лічбы—5 проц.—прыходзіць і *Оплэль*, разважаючы пра сьмяротнасьць у хірургічных аддзяленьнях.

Каля гэтай лічбы вагаецца сьмяротнасьць хірургічных аддзяленьняў, зьмяншаючыся або павялічваючыся на адну-дзьве-тры адзінкі. Цікава высветліць, функцыяй чаго зьяўляюцца гэтыя ваганьні.

Перш за ўсё трэба выдзеліць установы, якія абслугоўваюць так званых экстрэнных хворых, або ўстановы, дзе такіх хворых многа: процант сьмяротнасьці ў гэтых ўстановах вышэй сярэдняй лічбы. У якасьці прыкладу я магу прывесці Інстытут хуткай дапамогі імя Скліфасоўскага ў Маскве (*Красінцаў*), дзе ў 1925 г. сярэдні процант сьмяротнасьці быў роўны 6,4 проц.; Аляксандраўскую Кіеўскую больніцу (Бондароў 1909 і 1910 г. г.), дзе процант сьмяротнасьці роўны 11,5 проц.—11,6 проц.; Бабухінскую больніцу ў Маскве (*Холін*), дзе ў 1924 г. процант сьмяротнасьці 7 проц. Зразумела, гэта лічба, перавышаючы сярэднюю, тлумачыцца наяўнасьцю цяжкіх траўм, экстрэнных запальных захворваньняў і т. д. Гэта сьцьвярджаецца параўнаньнем лічбаў сьмяротнасьці хворых—неопэраваных і хворых—опэраваных.

Найменш гэта кідаецца ў вочы ў справаздачы Інстытуту Скліфасоўскага;

опэравана	—1.643—	памерла—	106—	6,6 проц.
неопэравана	—776—	.	—	53—6,8 проц.

але вельмі рэзка—у іншых справаздачах:

У Кіеўскай Аляксандраўскай больніцы 60 проц. гінула за першыя 2 сутак, у Бабухінскай:

опэравана	—1.772—	памерла—	102—	5,9 проц.
не опэравана	—129—	.	—	51—39 проц.

Другі прыклад: у Шэнкурскай больніцы:

опэравана	—948—	памерла	—27—	2,7 проц.
не опэравана	134	.	12—	9,0 проц.

Другі момант—гэта матэрыял, у сэнсье наяўнасьці цяжкіх выпадкаў і адначасовай актыўнасьці хірурга. Гэтыя два моманты часта злучаюцца іменна ў клініках, куды адбіраюцца нярэдка цяжкія выпадкі і дзе часта робяцца опэрацыі, якія толькі яшчэ распрацоўваюцца. Гэты момант таксама дзе павялічэньне процанту сьмяротнасьці; больш падрабязна я разгледжу яго пры вы-

вучэньні пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці, а цяпер абмяжуюся падачай некалькіх прыкладаў.

Клініка Дзьяканавы—100% опэравальнасьці хворых—вялікая актыўнасьць клінікі; проц. сьмяротнасьці—ад 7,3 да 13.

Факультэцкая хірургічная клініка Маскоўскага Унівэрсытэту (Алексінскі)—1903-1905 г. г.—8,8 проц.

Клініка Оппэля: 1908-1914 г. г.; процант сьмяротнасьці—9, процант опэравальнасьці—79.

Мечнікаўская больніца—пад вед. Оппэля—1925-1926 г. г.—7,1 проц.

Таксама ў загранічных клініках—праўда, лічбы гэтыя больш даўнія—сярэдні процант сьмяротнасьці—7,8 проц. (на 54.760 хворых у прускіх клініках ад 1877 г. да 1892 г. намерла 2.475 чалавек); тымчасам у „вядучых“ клініках таго часу—у *Бергмана*—процант сьмяротнасьці быў—11 проц., а у *Мікуліча*—ад 9 проц. да 12 проц.

Значэньне матэрыялу можа быць ілюстравана яшчэ на такім прыкладзе. Проф. *Спасакукоцкім* апублікаваны дзьве справаздачи аб яго дзейнасьці: справаздача за 10 год загаваньня хірургічнай клінікai ў Саратаве і за 1 г. яго работы ў 2-м Маскоўскім Дзяржаўным Унівэрсытэце. Паводле першай справаздачи рабіліся опэрацыі 4.687 чалавекам, а намерла—241 ч., г. зн. 5,1 проц.; паводле другой опэравалася 884 чал., а намерла 31 чал., г. зн. 3,5 проц. Ня буду гаварыць пра іншыя моманты, але заўважу такі: у першай справаздачи процант грыж і апэндыцытаў быў—25 проц. у адносiнах да агульнага ліку опэрацый, а ў другой—58.

Вельмі наглядна значэньне матэрыялу дэмонструюць даныя *Вазнясенскага*: у яго ў адной больніцы процант сьмяротнасьці быў—4, а ў другой—13, толькі ў залежнасьці ад рознага тыпу хворых і опэрацый.

Вось галоўная факты, якія тлумачаць процант сьмяротнасьці, перавышючы сярэдні.

Але мы сустракаемся з іншаю зьяваю,—калі процант сьмяротнасьці бывае ніжэй сярэдняга. У такіх выпадках мае значэньне таксама склад хворых: у больніцах, з процантам сьмяротнасьці ніжэй сярэдняга, бывае значная колькасьць хворых з паражэньнем канцавін. Напр.: Елецкая больніца—проц. сьмяротнасьці—1,77, захворваньняў жывота—13 проц., а канцавін—34 проц. Ветлужская—проц. сьмяротнасьці—1,3, канцавіны—25 проц.; Каўроўская больніца (*Бярэзкін*)—сьмяротнасьць—2,2 проц., канцавіны—34 проц. і т. д.

У Абухоўскай больніцы ў 1913 г. проц. сьмяротнасьці роўны 3,8: з 10.927 хворых было опэравана 2.085 чал. (19 проц.), г. зн. было вельмі многа параўнаўча лёгкіх хворых.

Я гавару тут пра гэта для таго, каб паказаць, якое значэньне мае склад хворых у агульным процаньце сьмяротнасьці хірургічнага аддзяленьня.

Аналіз уласнага матэрыялу, які прайшоў за 5½ год праз 1-ю хірургічную клініку Беларускага Унівэрсытэту, дае мне магчымасьць падцьвердзіць тыя вывады агульнага характару, якія толькі што зроблены. Мая клініка зьмяшчаецца ў гарадзкой больніцы 1, такім чынам, па падборы хворых зьяўляецца тыповым хірургічным гарадзікім аддзяленьнем: клініка абслугоўвае гарадзкіх хворых з нязначнай праслойкай хворых, якія жывуць па-за Менскам (таксама пераважна гарадзкіх, бо гэта больніца прызначана для застрахаваных). Такім чынам, нашы хворыя характэрызуюць сабою звычайны гарадзкі хірургічны матэрыял, з прычыны чаго аналіз іх складу мае некаторы агульны інтарэс. У гэту больніцу, як цэнтральную (1-я Савецкая больніца г. Менску), трапляе значная колькасьць выпадкаў экстрэннай хірургічнай дапамогі, што таксама адбіваецца на складзе хворых.

У мяне на 7.100 хворых процант сьмяротнасьці—5,7 (406 сьмяротных)—процант, які набліжаецца да процанту Інстытуту хуткай дапамогі, таму што і мая клініка, будучы хірургічным аддзяленьнем гарадзкой больніцы, выконвае функцыю Інстытуту хуткай хірургічнай дапамогі, зьяўляючыся адначасова клінічнай установай.

Я могу свой матэрыял параўнаць у гэтых адносінах з матэрыялам Саратаўскай клінікі *Спасакукоцкага*: грыж і апэндыцытаў у мяне таксама было 20 проц. (1.455 на 7.100 хворых), у Саратаўскай клініцы процант сьмяротнасьці—5,1 у мяне—5,7 проц.

Але за тое ў сэнсье экстрэннасьці матэрыял іншы: вострых апэндыцытаў у клініцы *Спасакукоцкага* было 84, у мяне—186; непраходнасьць кішак—26, у мяне 65 і т. д.; 113 зашчэпленых грыж у мяне і т. д.

Пры аналізе ўсіх гэтых лічбаў, як агульных, так і маіх асабістых, я магу зрабіць наступныя вывады:

1) Процант сьмяротнасьці ў хірургічным станцыянары ў сярэднім роўны 5;

2) Процант сьмяротнасьці больнічнай наогул і процант сьмяротнасьці ў хірургічных аддзяленьнях прыблізна аднолькавы, ня-

гледзячы на тое, што хірургічнае майстэрства вельмі актыўнае і мае справу з вялікай колькасцю небяспечных цяжкіх станаў. Ужо гэтая акалічнасць павінна даваць пэўнае ўяўленне аб вышыні сучаснай хірургіі. Калі ўзяць лічбы сваёй больніцы, я знаходжу нават меншую смяротнасць—сярэдняя па больніцы—6,6 проц., а па хірургічным аддзяленьні—5,7 проц.

Такім чынам, хірургічнае лячэнне, як такое, не зьяўляецца прычынай для павялічэння хірургічнай смяротнасці. „Небяспэка“ хірургічнага лячэння існуе толькі ва ўяўленьні, а не ў сапраўднасці.

4. Пасьляопэрацыйная смяротнасць.

Лічба процанту смяротнасці ў адносінах да ўсіх хворых, якія ляжаць у даным хірургічным аддзяленьні, зразумела, дасць нам больш правільнае ўяўленне пра смяротнасць ад хірургічных захвораваў, чым процант пасьляопэрацыйнай смяротнасці. Аднак, для поўнай характарыстыкі хірургічнай смяротнасці трэба мець на ўвазе і апошнюю.

Калі пры выяўленьні процанту хірургічнай смяротнасці ў аддзяленьнях мы маем рад няяснасцяў, дык пры аналізе лічбаў пасьляопэрацыйнай смяротнасці мы натрапляем на іншыя перашкоды.

Першая з іх—гэта тыя абсалютныя лічбы, з якіх вылічваюцца процанты. Калі ўважліва прагледзець справаздачы больніц з малою смяротнасцю, дык мы нярэдка зможам констатаваць адсутнасць там значных опэрацый, дзякуючы чаму і бывае малы процант смяротнасці.

Вось некалькі прыкладаў.

Ва Ўладзімірскай земскай больніцы (1889 г.) процант хірургічнай смяротнасці—6,4; на 548 опэраваных ён складаў 3,1 проц. Аднак, калі з ліку гэтых 548 опэрацый узяць сапраўды буйныя—123, на якіх і прыпадаюць смерці, дык процант смяротнасці павялічваецца да 10,7 проц. Усе іншыя опэрацыі такія, што звычайна не ўваходзяць у нашы справаздачы.

У справаздачы *Залогі* паказана 8.050 опэрацый з 278 смярцамі (3,4 проц.). Але з гэтых 8.050 опэрацый трэба адлічыць 1.087 павязак; 1.346 гінэколёгічных опэрацый (з 40 смярцамі), 620 акушэрскіх (32 смярцамі); 141 упараўліванне вывіхаў; 236 швоў (35 смярцамі); гэта значыць 3.430 опэрацый з 47 смярцамі. Застаецца 4.620 хірургічных опэрацый з 231 смерцю, што

дае 5 процантаў на агульную лічбу сапраўдных хірургічных операцый.

Як зьменьваецца процант у залежнасці ад выходных лічбаў. паказвае яшчэ і такі прыклад.

У Залогі-ж паказна операцый на канцавінах 1560 з 33 сьмярцамі, што дае 2 проц. Але да ліку операцый на канцавінах аднесена 1.087 ліпкаплястырных павязак, ~~персэтаў~~ і т. д.; адлічыўшы іх, атрымаем—373 операцыі і 33 сьмерці, г. зн., 9 проц.—у 4 $\frac{1}{2}$ разы больш, як паказаны вышэй процант.

У справаздачы Глухоўскай больніцы за 5 год паказана 2628 хворых; з іх апэравана 1875 чал., з якіх памерла 33 чал.—1,2 проц. У ліку 213 операцый на галаве—усяго 2 трэпанакцыі.

З 883 операцый на жываце—усяго 1 выпадак завароту, 9 запічэмленых грыж, каля 10 операцый на жоўцевых ходах, ніводнай рэзэкцыі страўніка і т. д. Ня дзіва, што мы маем такі малы процант пасляоперацыйнай сьмяротнасці.

Я ўжо зазначыў на вельмі добрую статыстыку *Спасакукоцкага* (2-і Маскоўскі Дзяржаўны Універсытэт)—3,4 проц., але 58 проц операцый былі грыжы (30 проц.) і апэндыцыты (28 проц.). Таксама ў справаздачы больніцы імя Дастаеўскага (1926 г.) на 1189 операцый—пасляоперацыйная сьмяротнасць была—1,7 проц.; аднак, у матэрыяле—40 проц. грыж і апэндыцытаў, і зусім ня было экстрэмных выпадкаў.

Або другі прыклад—Кастрычніцкая больніца Маскоўскай губерні робіць справаздачу пра пасляоперацыйную сьмяротнасць; на 675 операцый—1,9 проц. сьмяротнасці: трэпанакцыі чэрапу няма зісум; выпадак ілеус—1; гнойны пляўрыт—1; операцый на страўніку—усяго 11 і т. д.

Джыбсон дае справаздачу вялізарнай амерыканскай больніцы. За 4 гады—9.025 операцый, сьмяротнасць—4,6 проц.: але ў гэты лік операцый уваходзіць 1.086 адэнотомій і тонзылётомій; калі іх адлічыць, дык процант сьмяротнасці павялічваецца да 5,2 проц.

Такіх прыкладаў можна падаць шмат. Процант сьмяротнасці залежыць ад таго, на якія лічбы вылічваецца гэты процант. Напрыклад, у справаздачы проф. *Вазьнясенскага* (1923-1924 г., чыгуначная больніца) процант сьмяротнасці вылічаны ў 4,2 (32 на 732 хворых), але ў лік 732 уваходзіць 160 хворых амбулаторных; без іх процант будзе—5,5 (32 на 572).

Далей трэба мець на ўвазе некаторую аднабаковасць лічбаў устаноў з малой сьмяротнасцю. Звычайна публікуюцца справа-

здачы з малой сьмяротнасьцю, і гэта адразу зьмяняе малюнак. Не далей, як на міжнародным хірургічным конгрэсе ў 1929 г. у адказ на лічбы сьмяротнасьці ад рэзэкцыі страўніка пры язве яго—2,6 проц.—выступіў *Рамсдэль*, які заўважыў, што ня ўсё апублікоўваецца; яму вядомы матэрыялы адной больніцы Нью-Ёрку, дзе на 11 рэзэкцый язвы страўніка было 7 сьмярцей.

Якая-ж пасьляопэрацыйная сьмяротнасьць? Як відаць, трэба лічыць і пасьляопэрацыйную сьмяротнасьць у сярэднім роўнай 5 проц., калі толькі лічыць опэрацыямі хоць колькі небудзь сур'ёзныя опэрацыйныя ўмяшаньні.

Ніжэй я падаю рад больнічных і індывідуальных справаздач, з якіх можна зрабіць папярэдні вывад, пры чым ■ браў пад увагу тыя папраўкі, якія неабходны ў моц вышэйпаданых меркаваньняў.

Процант ніжэй сярэдняга

Спасакуоцкі 2 М. Дз. У . . .	3,4 проц.
Кастрычніцкая больніца 1927 г. . .	1,9 .
Каўроўская больніца 1925-28 г. . .	2,2 .
Растоўская больніца (2.514 опэр.) . .	3,3 .
Вузлавая чыгуначная больніца (Оппэль). .	3,75 .
Нікалаеўская больніца 1927 г. . .	1 .
Гусеў 1916-25 г. г. у сярэднім . . .	2,1 .
Эйбэр—на 2.496 опэр.	1,8 .
Юдэн—на 2.801	3,0 .
Аўроў—на 1.150	2,0 .
Больніца ім. Дастаеўскага	1,7 .
Ардатаўская—5.224 опэр.	1,3 .

Сярэдні процант

Клініка Пятрова (6.009 хвор.).	4,4 .
Больніца ім.Менікава (Оппэль)—1140 хвор. .	4,9 .
Вазьнясенскі (5.744 хвор.).	4,0 .
Шоўр (12.233 хвор.)	5 .
Багародзкая больніца 1926 г.	5 .
Джыбсон на 16.160 хворых	4,3 .
Клініка Спасакуоцкага за 10 год	5,1 .

Процант вышэй сярэдняга

Менская земская больніца 1923 г. . . .	13 проц.
Акадэмічная клініка (Оппэль) 1.968 хворых .	9 .
Вазьнясенскі 1923 г.	6,5 .
Больніца Дастаеўскага 1924 г.	8 .
" " 1925 г.	5,8 .
Інстытут ім.Скліфасоўскага 1.673 хворых .	6,4 .
Пэральман	6 .
Бабухінская больніца 1924 г.	5,9 .

Калі лічыць што нормальным процантам сьмяротнасьці павінна зьяўляцца 2-3, што адносіцца галоўным чынам да ўстаноў не клінічнага тыпу, дык прышлося-б прызнаць, што найлепшыя хірургі сядзяць выключна ў провінцыі.

Калі мы паглядзім на групу ўстаноў, дзе процант сьмяротнасьці *вышэй* сярэдняга, дык мы ўбачым, што амаль цалкам сьцьвярджаецца тое палажэньне, якое было выказана вышэй: процант сьмяротнасьці *вышэй* сярэдняга (за некаторымі, зразумела, выключэньнямі) прыпадае на больніцы, якія падаюць у значнай меры экстрэнную дапамогу.

5. Рух хірургічнай сьмяротнасьці

Калі хірургічная сьмяротнасьць ёсьць толькі частка агульнай, дык нам цікава ведаць рух апошняй.

Якой зьяўляецца тэндэнцыя руху агульнай сьмяротнасьці?

Агульная сьмяротнасьць у Эўропе наогул і ў СССР у прыватнасьці—зьмяншаецца. Для Расіі і сучаснага СССР гэта можна ілюстраваць лічбамі, пачынаючы ад 1883 г. да 1928 г.; для Германіі—ад 1871 г. да 1927 г., для Англіі і Францыі—ад 1921 г. да 1926.

Лік сьмярцей на 1.000 насельніцтва

РАСИЯ		СССР		ГЕРМАНИЯ		Г а д ы	Англія	Францыя
Гады	‰ сьмяр.	Гады	‰ сьмяр.	Гады	‰ сьмяр.		‰ сьмяр.	
1883	35,7	1923	23,1	1871	29,6	1901—04	16,2	19,6
1888	31,0	1924	23,7	1881	25,5	1910—14	13,9	18,1
1897	30,9	1925	25,8	1891	23,4	1920—24	12,2	17,5
1900	29,4	1926	21,25	1901	20,7	1925	12,2	17,7
1903	29,1	1927	20,9	1911	17,3	1926	11,6	17,5
1908	28,9	1928	17,9	1921	13,9			
1913	27,3	—		1927	12,0			

Гэтыя даныя гавораць за тое, што і ў далейшым мы можам чакаць зьмяншэньня сьмяротнасьці, асабліва ў СССР, пры сацыяльнай перабудове яго быту.

Зьмяншэньне агульнай сьмяротнасьці знаходзіцца ня толькі ў залежнасьці ад зьніжэньня захворвальнасьці; трэба думаць, што і фактары лекавага парадку адыгрываюць пэўную ролю. Апошняе палажэньне можна падцьвердзіць, разглядаючы рух сьмяротнасьці не сярод усяго насельніцтва, а сярод захварэўшых і асабліва, што тых знаходзяцца ў больніцах.

Гэта тэндэнцыя да змяншэння смяротнасці ілюструецца лічбамі Расіі, СССР і Германіі.

Р а с і я

1858 г. каля 8 проц. смяротнасці ў больніцах.

1881 г. . 7,62

1892 г. . 6,0

1912 г. . 5,0

1913 г. . 5,6

С С С Р

1923 г. . 4,0 проц. смяротнасці наогул сярод хворых.

1924 г. . 3,9

1925 г. . 3,7

Г е р м а н і я

1923 г. каля 6 проц. смяротнасці наогул сярод хворых.

1924 г. . 5,9

1925 г. . 5,1

1926 г. . 5,0

Я лічу магчымым прыняць 5 проц., як сярэдняю лічбу смяротнасці ў больніцах. Можна думаць, што паляпшаецца, як адзін з фактараў змагання з больнічнай смяротнасцю і фактар „лекавае мерапрыемства“. Паколькі хірургічныя захворванні зьяўляюцца часткаю паказаных вышэй больнічных захворванняў, мы можам выходзіць з прэзумцыі, што змяншаецца смяротнасць і ад хірургічных захворванняў.

Што-ж нам фактычна вядома пра рух хірургічнай смяротнасці? Ці ідзе яна паралельна руху агульнай, ці змяншэнне агульнай смяротнасці адбываецца выключна або пераважна за лік іншых компонентаў?

Мы ведаем, што змяншэнне агульнай смяротнасці ідзе, галоўным чынам, за лік змяншэння смяротнасці дзіцячай, смяротнасці ад інфекцый і тубэркулёзу; у якой ступені прымаюць тут удзел захворванні хірургічныя—цяжка сказаць,

Што такое пытаньне мае сэнс, паказваюць, напрыклад, лічбы ангельскія, дзе смяротнасць за 20 год—агульная—зменшылася на 32 проц., дзіцячая—на 45 проц., ад тубэркулёзу—на 38 проц., смяротнасць ад раку павялічылася на 20 проц.

Не малое значэнне мае і пытаньне аб удзеле ў смяротнасці тых або іншых узростаў. Так, калі параўнаць лічбы смяротнасці Англіі 1901 г. і 1921г., дык мы ўбачым, што агульная смяротнасць зменшылася на адзінку, але гэта змяншэнне

складаецца з наступных лічбаў: процант сьмяротнасьці дзяцей да 15 год зьменшыўся на 4,3, а процант сьмяротнасьці дарослых (старэй за 15 год) павялічыўся на 3,3.

	А Н Г Л І Я	
	1901 г.	1921 г.
да 5 г.	11,9 проц.	9,4 проц.
5-15 г.	21,8 "	20,0 "
15-65 г.	62,2 .	64,2 .
больш 65 г. . .	4,2 .	5,4 .

Хоць агульная лічба меншая на 1 проц., але процант сьмяротнасьці дарослых па сутнасьці павялічыўся. А мы-ж раней гаварылі, што хірургічныя захворваньні паражваюць пераважна дарослых людзей.

Такім чынам, рабіць са зьмяншэньня агульнай сьмяротнасьці вывад адносна зьмяншэньня хірургічнай сьмяротнасьці мы яшчэ ня можам; даных у гэтых адносінах у нас няма і здабыць іх—хаця-б ускосным шляхам—вельмі цяжка. Таму некаторае ўяўленьне аб руху хірургічнай сьмяротнасьці мы можам атрымаць толькі шляхам вывучэньня сьмяротнасьці хірургічных аддзяленьняў і сьмяротнасьці пасьляопэрацыйнай.

Аднак, важна адзначыць пэўную тэндэнцыю, якая, мабыць пашыраецца і на хірургічныя захворваньні, паколькі агульны процант сьмяротнасьці зьяўляецца адлюстраваньнем соцыяльна-клясавых адносін насельніцтва.

Чаканае надалей зьніжэньне агульнага процанту сьмяротнасьці стварае *спрыяльны агульны фон*, на якім мы маем рацыю чакаць зьмяншэньня сьмяротнасьці і ад хірургічных захворваньняў.

Указаныя вышэй асаблівасьці статыстык паасобных устаноў і хірургічных аддзяленьняў робяць вельмі цяжкім параўнаньне паміж сабою лічбаў хірургічнай сьмяротнасьці ў розныя эпохі і адказ на пытаньне—ці зьмяншаецца сьмяротнасьць ад хірургічных захворваньняў?

Усё залежыць ад таго, які крытэрыў для параўнаньня мы будзем браць. Возьмем нашу лічбу—5 проц.—і параўнаем яе з некаторымі старымі лічбамі. *Більрот* меў агульны процант сьмяротнасьці—11; у *Бэргмана* ў 1892 г.—ён быў роўны 11,5, у *Мікуліча* мы маем 12,5 проц. Агульны процант сьмяротнасьці ў прускіх клініках за 1877-1892 г. г. быў на 54.670 хворых—7,8.

У рускіх больніцах я таксама сустракаў вялікія лічбы. У хірургічным аддзяленьні Міхайлаўскай больніцы ў Тыфлісе за 1887 г. на 492 хворых памерла 56—11,4 проц. сьмяротнасьці (з 14 выпадкаў параненьняў жывата—ніводны ня быў опэраваны). Але сустракаюцца і іншыя лічбы: Базэльская больніца—1874 г.—процант сьмяротнасьці—2,6, Лёнданскі госьпіталь—1873 г. 4 проц.; клініка Падрэза (Харкаў)—1886 г.—5,2 проц.; Кіеўская Аляксандраўская больніца—1887-1892 г. г.—5,2 проц.; Тамбоўская больніца—1879-1889—4,8 проц.; Сібірская больніца—1886 г.—5,7 проц.

Опиэль у адным месцы¹⁾ са зьдзіўленьнем адзначае той факт, што агульны процант сьмяротнасьці ў хірургічных аддзяленьнях ня меншы, як быў, і нават ставіць пытаньне: „дзе-ж адзнакі таго прогрэсу, тых посьпехаў хірургіі, аб якіх крычыць увесь сьвет"? Выходзячы з сярэдняй лічбы—5 проц., ён параўноўвае яе са сьмяротнасьцю ў Пірагова і знаходзіць у яго таксама 5 проц. У другім-жа месцы²⁾—ён бачыць прогрэс пры параўнаньні нашай сярэдняй хірургічнай сьмяротнасьці з лічбай Більрота, роўнай 11 проц. Такім чынам усё залежыць ад таго, што мы бярэм для параўнаньня.

Маючы на ўвазе ўказаныя вышэй адхіленьні ад сярэдняй сьмяротнасьці, я ўзяў для трох пэрыодаў (прыблізна 1870-1900 г. г. 1901-1913 г. г. і 1914-1928 г. г.) сярэднія лічбы больніц і клінік і атрымаў такія вынікі: для старых гадоў (да 1900 г.)—5,8 проц.; для 1900-1913 г. г.—5,6 проц.; для новых—5 проц. Ці можна надаваць значэньне такой малой розьніцы? Значыць, і ў мяне атрымаліся вынікі, якія прымушаюць мяне, як і Опиэля задаць пытаньне: дзе-ж посьпехі? Аказваецца, што сьмяротнасьць не зьмяншаецца, а за апошнія 50 год застаецца стацыянарнай.

Як-жа растлумачыць гэта зьявішча?

Параўноўваць сьмяротнасьць хірургічных аддзяленьняў 50 год таму назад і цяпер цяжка, таму што ў значнай меры зьмяніўся характар хірургічнай дзейнасьці. Лік опэрацый быў не такі вялікі, як цяпер, і яны былі больш абмежаваны пэўнымі вобласцямі, чым зараз. У якасьці прыкладу магу прывесць даныя Вельямінава, які ў 1887 г. пералічвае наступныя вялікія опэрацыі, зробленыя ім:

Разрэзы—23, выскрабаньні—8, тубэркулёз залоз—6, трахеотоміі—2, трэпаназыя чэрапа—1, артротоміі—11, ампутацыі—2, ля-

¹⁾ „Организаций и работа в хирургическом отделении" 1.26 г. ст. 152-153.

²⁾ Речь о Бильроте. Вестн. Хирургии, 1929 г.

поратоміі—4, сьвішчы кутніцы—3, геморой—5, гідроцэле—3 экст. вэн—1. Усяго 67 опэрацый; сьмерць 1.

Або лічбы хірурга *Мініна* ў тым-жа 1887 г.: выдаленьняў, лімфатычных залоз—15, разрэзаў—6, сэквэстротоміяй—5, ампутацый—1, гідроцэле—1.

Малую лічбу пасьялопэрацыйнай сьмяротнасьці рускіх больніц трэба тлумачыць нязначнасьцю зробленых опэрацый. Як прыклад, можна ўзяць Уладзімірскую земскую больніцу (за 6 год): на 1.612 хворых было зроблена 548 опэрацый, г. зн. усяго ў $\frac{1}{3}$ выпадкаў. Найбольш буйныя опэрацыі з ліку 548 і іх вынікі наступныя:

		сьмярцей	
літотоміі	65	5	— 8 проц.
ампутаций	33	3	— 9 „
ляпоратоміі	13	3	—21 „
грыж	3	—	— „
трахеотоміі	4	1	—25 „
гнойных пляўрытаў .	11	2	—18 „

Або другі прыклад—опэрацыі *Кадзьяна* ў Сімбірскай больніцы (1886 г.); на 414 хворых усяго 91 буйная опэрацыя—процант сьмяротнасьці—6.

		сьмярцей
трэпаніц. чэрапа	1	1
ампутаций	7	1
камнсячэньняў	18	2
нефротоміі	1	—
грыжасячэньняў	4	—
трахеотоміі	4	—
рэзэкцыі сустава сьцягна	3	—

Ніводнай ляпоратоміі.

У папярэднія пэрыоды лік опэрацый быў яшчэ меншы: ад 1822 г. да 1846 г., г. зн. за 24 гады, проф. *Саламон* зрабіў 411 вялікіх опэрацый, з іх: літотоміі—76, грыжасячэньняў—8, выразаньняў пляча—1, выразаньняў вока—2, трэпанаций—1, анэўрызмаў—12 і т. д. (паводле „*Історіі хірургіі*“ *Оппэля*).

Далей розьніца заключаецца яшчэ і ў складзе—групаваньні хворых. Перш за ўсё, вялікая сучасная галіна захворваньняў жывата тады амаль зусім адсутнічала. Можна падаць тут такія лічбы: у старой хірургіі на живот прыпадала 1-3 проц. агульнай колькасьці опэрацый.

У *Пірагова* ад 1845 г. да 1856 г. на 680 опэраваных хворых опэрацый на жываце было 16—каля 2 проц. У *Караваева* (1842-

1882 г. г.) на 3681 хворага—операцый брушной поласцы (сярод іх упраўленьне грыж і т. п.)—117, г. зн. 3 проц.

У пачатку XX стагодзьдзя маюнак мяняецца: брушных операцый: у *Дзяканова*—17 проц., у *Сьніжарнага*—25 проц., у *Ціхава*—44 проц., у Гайдэльбэргскай клініцы—27 проц.

У хірургічных аддзяленьнях новага часу лік гэтых операцый яшчэ большы: у *Мартынава*—45 проц.; у больніцы імя Дастаеўскага—79 проц.; у Бабухінскай (Масква)—50 проц.; у Інстытуце імя Скліфасоўскага (Масква)—74 проц., у клініцы Спасакукоцкага (2 М. Д. У.)—78 проц., і т. д.

Канцавіны раней адыгрывалі прэвалюючую ролю: у старых больніцах операцыі на канцавінах складалі ад 65-51 проц. да 47 проц.; у новых хірургічных аддзяленьнях найменшая лічба—■ проц., найбольшая—34 проц.

Нават за больш позьнія гады адбыўся пэўны зрух, які заключаецца ў тым, што за лік канцавін усё большая і большая доля операцый пачало прыпадаць на операцыі брушныя. Гэта відаць з параўнаньняў *Мельнікава*.

Месца операцыі	Да вайны (у проц.)	Пасьля вайны (у проц.)
жывод	28,5	47,5
канцавіны	25,9	9,6
твар	17,7	19,2
лагво (глінаколёг.)	10,2	8,9
шыя	7,7	4,4
грудзі	6,5	8,1
чэрап	3,5	2,0

Ня будзем забывацца на операцыі на грудзях і чэрапе, якія даюць таксама вялікую сьмяротнасьць, і мы зразумеем, чаму цяжка параўноўваць хірургічную сьмяротнасьць апошняй чвэрткі мінулага стагодзьдзя з першаю чвэрткаю нашага. Разуменьне „хірургічнага захворваньня“ зусім зьмянілася. І калі пры больш цяжкіх задачах сьмяротнасьць ў хірургічных аддзяленьнях засталася тэй-жа самай, дык зразумела, нельга не зрабіць ускоснага заключэньня аб фактычным зьмяншэньні хірургічнай сьмяротнасьці.

Далей трэба звярнуць увагу ня толькі на сярэдняю лічбу, але і на крайнія лічбы. З гэтага пункту гледжаньня мы маем і абсалютныя посьпехі, таму што ў шмат якіх больніцах працант сьмяротнасьці ніжэй 5,—каля 3 проц.; да 1900 г. такіх справаздач было значна менш.

Калі мы ад агульных лічбаў пяройдзем да дэталей, дык можна знайсці пераканальныя лічбы, якія ўжо ня ўскосна, а непасрэдна гавораць пра зьніжэньне процанту сьмяротнасьці ў хірургічных аддзяленьнях.

Я зраблю спачатку параўнаньне хірургічнай сьмяротнасьці ў *Більрота* і ў сябе. Гэтыя лічбы тым больш красамоўныя, што *Більрот*—гэта лепшы хірург эпохі, а мае лічбы—гэта сярэднія лічбы нашых часоў. Пры параўнаньні знаходзім, што траўматычныя нашкоджаньні давалі:

у Більрота 8,52 проц.—13 проц. сьмяротнасьці,
у мяне 6,6 проц.

Зацальныя процэсы:

у Більрота 7,6 проц.—12,1 проц.
у мяне 3,8 проц.

г. эп. мы маем зьмяншэньне ў два ці тры разы.

Пухліны:

у Більрота 12,9 проц.—16,5 проц.
у мяне 12 проц.

Расстройствы жыўленьня і зьмяшчэньні } 8,2 проц.—9 проц.
у Більрота (пад рубрыкай „іншыя“) }
у мяне 5 проц.

Гэтыя лічбы мне здаюцца характарнымі: зьмяншэньне сьмяротнасьці пры траўмах, запаленьнях, расстройствах жыўленьня і найўнасьць таго-ж самага процанту сьмяротнасьці пры пухлінах. Але ў першых трох групах зьмяншэньне ў 2-3 разы—рэальны прогрэс, а ня толькі адноснае зьмяншэньне сьмяротнасьці. Прычына ляжыць у тым, што эпоха Більрота і ён сам былі наватарамі і плацілі за новыя, пракладаныя імі шляхі; мы-ж ідзем па гатовых іхных шляхах, унікаючы іхных памылак¹⁾.

Улічваючы асаблівасьці пасляопэрацыйных статыстык, мы ўсё-ж можам зрабіць спробу параўнаць пасляопэрацыйную сьмяротнасьць да 1900 г. і новых часоў.

Зразумела, няма патрэбы гаварыць пра даантысэптычны пэрыод. Каб даць пра яго хоць некаторае ўяўленьне, я падам такія 2 даведкі: у *Буша* ад 1808 г. да 1816 г. было зроблена 255 опэрацый, з 55 сьмяротнымі вынікамі—каля 22 проц. сьмяротнасьці, агульны-ж процант пасляопэрацыйнай сьмяротнасьці ў *Пірагова* быў ад 10 проц. да 26 проц.!

¹⁾ Першыя 18 рэзэкцый страўніка ў Більрота далі 10 сьмярцей, а першыя 9 Г. Э.—5 сьмярцей (*Гакер* 1885).

		сьмярцей
Вялікіх опэрацый	165	43
Ампутацый	43	21
Рэзэкцый	8	2
Выдаленьне пухлін	73	6
Плястычных опэрацый	16	1
Грыжасячэньняў	5	3
Літотоміі і літотрыпсіі	15	7

Якія-ж гэтыя „вялікія“ опэрацыі? Апрача, мабыць, рэзэкцый, астатнія опэрацыі былі такімі, якія цяпер робіць пачынаючы хірург.

А вось лічбы лепшых тэхнікаў і хірургаў сваёй эпохі:

У прускіх клініках за 4 гады (1888-1892 г. г.) было зроблена 18.440 опэрацый, з якіх далі сьмяротны вынік—2.236—12,12 проц.

у Эсмарха	12,11 проц.
у Трэндэленбурга	8,74 „
у Мікуліча	12,26 „
у Бергмана	18,56 „
у Більота	11,0 „

Калі прыняць сучасную сьмяротнасьць роўнай 5 проц., дык мы будзем мець процант у два разы меншы.

Але яшчэ лепшае і больш правільнае ўяўленьне пра рух насляопэрацыйнай сьмяротнасьці за апошнія 50 г. нам можа даць агляд вынікаў у паасобных галінах. Гэтыя прыклады больш дакладныя і таму больш пераканальныя, як агульныя статыстыкі з вялікай колькасьцю няясных фактараў.

Вольныя грыжы зьяўляюцца вельмі цікавым прыкладам. У 1873 г. бэрлінская больніца *Бэтанія* на 101 выпадак вольных грыж мела сьмяротнасьць роўную—23 проц. У 1887 *Банкс* меў 3 проц.; яшчэ ў 1902 г. *Дзьяканаў* меў 4 проц. Цяпер *Крымаў* лічыць сьмяротнасьць роўнай ад 0,9 проц. да 1 проц.; германскія лічбы (больш 200.000 грыж) даюць 0,6 проц.; цэлы рад хірургаў на сотні грыж зусім ня маюць сьмярцей; у мяне на 515 грыж таксама ня было сьмяротных вынікаў.

Цікавымі зьяўляюцца даныя пра зашчэпленіе грыжы. Да 1900 г. мы мелі такія лічбы сьмяротнасьці, як 50-60 проц.; *Більрот* меў 52 проц.; яшчэ ў канцы гэтага пэрыяду *Алінаў* вылічвае старую сьмяротнасьць у 42 проц.; далей, у даваенныя гады (1900-1913) мы маем лічбы—23,5 проц. (*Бондараў*, 1906 г.), 18 проц. (*Гейдэльбэргская клініка*), 13,8 проц. (*Старакацярынская больніца* 1906 г.), і т. д. У больш позьнія гады мы сустракаем лічбы 10 проц. (*Міхалкін*), 6,5 проц. (*Шылаўцаў*), 8,5 проц. (*Клініка*

Мартынава), 6,5 проц. (Інстытут Скліфасоўскага) і т. д. Добрае выражэнне сьмяротнасьці ад зашчэмлених грыж у нашы дні даюць германскія лічбы, атрыманыя на падставе некалькіх дзесяткаў тысяч выпадкаў за 1923-1926 г. г.—9 проц.; у больніцах процант часам значна лепшы (у мяне—4,4 проц.).

Вельмі павучальнай зьяўляецца гісторыя Г. Э. (некаторыя лічбы ўзяты мной ў *Салавова*). У 1881-1885 г. г. сьмяротнасьць ад яе была 66 проц. (*Хлумскі*); у 1885 г. у *Більрота* на 9, Г. Э. было 5 сьмярцей. Першыя Г. Э. у Расіі (*Манастырскі*, *Скліфасоўскі*)—усе скончыліся сьмерцю. Ад 1886 г. да 1890 г. было апублікавана 114 выпадкаў Г. Э., а процант сьмяротнасьці быў 47 проц.; з 1891-1896 г.—33,9 проц. Да 1900 г. у Расіі было зроблена 62 Г. Э., са сьмяротнасьцю—27,4 проц. (*Салавоў*). У 1909 г. *Дабратворскі* змог сабраць 1.834 выпадкі Г. Э. з іншакраіннай літаратуры са сьмяротнасьцю—10 проц. і 378—у рускай, са сьмяротнасьцю—8,2 проц. (пры язьве страўніка).

Што-ж мы бачым зараз? Праўда, і цяпер ёсьць статыстыкі са сьмяротнасьцю да 14,19 проц., але сярэдні процант трымаецца каля 3, прычым ёсьць цэлы рад сэрыяў апэрацый Г. Э. без сьмяротных вынікаў.

Якобі ў 1874 г. паведаміў, што 14 вядомых у літаратуры выпадкаў гастростоміі—усе скончыліся сьмерцю; 46 апэрацый да 1887 г. далі сьмяротнасьць—37 проц. Цяпер гэтыя апэрацыі адносяцца да ліку параўнаўча бяспечных.

Пэрытоніты паводле *Зыкава* да хірургічнага лячэньня давалі 100 проц. сьмярцей; з таго часу, як іх пачалі лячыць апэрацыйным шляхам—40-25 проц.

Параненьні жывата давалі ў мінулым, у залежнасьці ад цяжкасьці,—56-72 проц.—100 проц. сьмяротнасьці. Пасьля ўвядзеньня апэрацыйнага мэтаду гэты процант зьнізіўся: ужо ў 1910 г. *Янкоўскі* апублікаваў зьніжэньне сьмяротнасьці да 50 проц.; зараз мы маем процант сьмяротнасьці—у сярэднім—роўны 31-38 проц.

Лячэньне пляўрытаў, бязумоўна, зрабіла посьпехі. Калі ўзяць старыя статыстыкі (да 1900 г.), дык найменшая лічба сьмяротнасьці—15,7 проц., найбольшая—45 проц.; звычайныя больнічныя лічбы 18 проц.—21 проц.—28 проц. Ад 1900 г. да вайны мы мелі такія значныя лічбы: найбольшая—30 проц., найменшая—7,8 проц.; апошнія гады мы, праўда, сустракаем таксама часам значныя лічбы (асабліва ў дзяцей) але найменшыя лічбы—9,6 проц.—4,5 проц.—4,3 проц.

Пры раку грудзей операцыя ў *Більрота* давала спачатку 23 проц. сьмяротнасьці, урэшце -6,7 проц; у *Эсмарха* 1878 г.—10 проц., у бэрлінскай больніцы *Бэтанія*—ад 13 проц. да 25 проц., цяпер у сярэднім сьмяротнасьць пры операцыі раку грудзей у нас—2 проц. (у *Герцэна*—1, 39 проц.).

Процант ненасрэднай сьмяротнасьці пасля раку грудзей:

1865-1875 г. г.	—17,3 проц.
1875-1885 . . .	— 7,0 .
1885-1895 . . .	— 3,0 .
1895-1905 . . .	— 2,5 .
з 1905 г.—нўгай	— 2,0 проц.

Пры раку страўніка сьмяротнасьць ад рэзэкцыі да 1886 г. была: найвышэйшая—91 проц. і найменшая—35 проц; у апошнія гады—найвышэйшая 54 проц. (у *Гессэ* з вельмі шырокімі паказаньнямі), сярэдняя—37 проц.—27 проц.—24 проц. (*Пятроў Шаак, Юдзін, Пошэ, Пэйчч*) і малая—16 проц. (*Штых*), 10,5 проц. (*Спасакукоцкі*), 6,1 проц. (*Фінстэрэр*.)

Каменная хвароба пузыра падлягала і ў мінулым шырокамў операцыйнаму лячэньню. Процант сьмяротнасьці быў параўнаўча высокі. Некалькі іншакраінных лічбаў сьведчаць пра гэта: дзьве больніцы *Лёндаў* (1872-1873 г. г.) давалі 32 проц. і 13 проц; два аўтара (*Мэйер*—1885 г. і *Томсон*—1885 г.)—19,5 проц. і 10,5 проц. Апошняя лічба была, відавочна, рэкордам, бо яна належыць буйнейшаму ўролёгу часу з матэрыялам у 782 операцыі. Рuskія лічбы (земскіх больніц, сталічных больніц—1886, 1889, 1891 г. г.) даюць ад 12 проц. да 18 проц. сьмяротнасьці. Агульны процант сьмяротнасьці ад каменнай хваробы ў Расіі (у больніцах) быў роўны ў 1858 г.—10 проц., у 1892 г.—8 проц., у 1902 г.—7 проц. у 1912 г.—4,7 проц. Гэтым лічбам я магу супроцьпаставіць лічбу *Фрэйера*, якая адносіцца да 1928 г. і выключна да дзяцей, дзе на 200 операцый быў толькі 1 проц. сьмяротнасьці.

Пры камянях нырак у свой час *Ізраэль* меў 12 проц. сьмяротнасьці; у апошнія гады *Спасакукоцкі* паведамляе аб 5,7 проц. сьмяротнасьці; *Багаслоўскі*—аб 5,4 проц.; *Джыбсон*—аб 5 проц; *Чайка*—аб 1,28 проц.; *Штых*—аб 0 проц.

Старыя статыстыкі *нэфрэктоміі* пры тубэркулёзе нырак (апірача *Шмідэна*) паведамляюць аб наступным процаньце сьмяротнасьці:

Факлам, 1883 г.—28-30 проц. сьмяротнасьці

Кюстэр, 1902 г.—18,8 проц. „

Да 1912 г. шматлікія статыстыкі даюць сярэдняю лічбу—11 проц. і насья 1912 г. на 1921 г.—такая-ж сярэдняя роўна 4 проц.

Паводле *Шмідэна*, насья нэфрэктоміі пры тубэркулёзе нырак:

1890-1880 г. г. памерла—35,6 проц.

1890-1900 г. г. „ —24,5 „

Насья 1900 г. памерла—ад 1,6 проц. да 5,9 проц.

Калі мы возьмем рэзэкцыі сустава—опэрацыі, як раз характарныя для даўнейшых часоў, дык і тут мы бачым розьніцу. *Кеніг* у 1880 г. меў 22 проц. сьмяротнасьці пры рэзэкцыі тубэркулёзнага калена; *Зак*—17,3 проц; *Баброў* у 1891 г.—21 проц. за апошнія гады *Сьпіжарны* гаворыць пра 3-5 проц.; *Спааку-коцкі* на 15 рэзэкцый сустава сьцягна меў 1 сьмерць (6,5 проц.); *Ортэга*—1927 г.—5 проц.; *Джыбсон*—1927 г.—4 проц.

Пухліны сьпінных мазгоў даюць паводле *Стургсберга* (да 1908 г.)—29,1 проц. сьмяротнасьці; *Краўзэ* (да 1911 г.)—20 проц., *Ранцы* (да 1922 г.)—8,8 проц.; *Эльсбэрг* (1925 г.)—3 проц.

Такім чынам, у цэлым радзе галін прогрэс бязумоўна ёсьць. За 50 апошніх год сьмяротнасьць пры опэрацыях вольных грыж зьменшылася мінімум у 4 разы; пры зашчэмлених—у 4-5 разоў; пры *Г.Э.* добракасным—у 12-15 разоў; пры пэрытоніце—у 2 разы; пры параненьнях жывата—у 1,5-2 разы; пры пляўрытах—у 5 разоў; пры раку грудзей—у 8 разоў; пры раку страўніка—у 3-4 разы; пры камянях пузыра—у 4-5 разоў; пры камянях нырак—у 3 разы; пры тубэркулёзе нырак—у 5-6 разоў; пры рэзэкцыях сустава—у 4 разы; пры пухлінах сьпінных мазгоў—у 2-3 разы і т. д.

Няма патрэбы павялічваць больш гэты сьпіс, бо далей мы ўсё роўна будзем гаварыць пра процант сьмяротнасьці пры пасабных захворваньнях. Я ўзяў гэтыя прыклады для таго, каб паказаць, што наша налажэньне пра зьмяншэньне насья опэрацыйнай сьмяротнасьці—мае за падставу бясспрэчныя матэрыялы.

II. Фактары хірургічнай сьмяротнасьці.

Да таго, што можна назваць „фактарамі“ хірургічнай сьмяротнасьці, я залічаю ўплыў такіх момантаў, як:

- А) характар захворваньня і яго лёкалізацыя;
- Б) доўгачасовасьць і запусьчанасьць захворваньня;
- В) апэрацыйнае ўмяшаньне;
- Г) біолёгічныя моманты;
- Д) соцыяльныя моманты.

Вывучэньне гэтых фактараў важна для нас тым, што яно дапамагае вызначыць шляхі змаганьня з хірургічнай сьмяротнасьцю і дазваляе рабіць вывады адносна агульнага прогнозу.

А. ХАРАКТАР ЗАХВОРВАНЬНЯ І ЯГО ЛЁКАЛІЗАЦЫЯ, ЯК ФАКТАР ХІРУРГІЧНАЙ СЬМЯРОТНАСЬЦІ.

Я падзяляю ўсе захворваньні на наступныя групы, паводле асноўнага этыолёгічнага прычыну:

- 1) аномаліі разьвіцьця,
- 2) пашкоджаньні,
- 3) запаленьні,
- 4) пухліны,
- 5) расстройствы жыўленьня і зьмяшчэньні.

Аномаліі разьвіцьця (прыроджаныя хваробы).

Аномаліі складаюць вельмі нязначную долю хірургічных захворваньняў; як відаць, гэтая група складзе (Смулевіч) каля 1 проц. усіх захворваньняў.

Сярод хірургічных стацыянарных хворых гэтая група большая, як 1 проц. Так, *Джыбсон* на 12.144 хворых меў 69 выпадкаў—каля 0,5 проц.;—*Пэтрэн*—2,5 проц.; у мяне было на 6.720 хворых—67 аномалій, г. зн.—1 проц. Ва ўсякім разе ясна, што ў хірургічнай захворвальнасьці—аномаліі вялікага значэньня ня маюць.

Уяўленне пра агульную смяротнасць ад аномалій даюць лічбы Германіі:

	1923 г.	1924 г.	1925 г.	1926 г.
Лік выпадкаў	8.846	9.559	11.764	13.002
лік смярцей	342	403	428	466
проц. каля	4 проц.	каля 4 проц.	3,7 проц.	3,6 проц.

Лічбы смяротнасці ў хірургічных аддзяленнях большыя бо там падлягаюць апэрацыйнаму лячэнню больш цяжкія выпадкі.

Гайле на 87 апэрацыйных выпадкаў меў 5 смярцей (да 1 г.) —5,7 проц.

Джыбсон на 69 проц. апэрацыйных выпадкаў меў 7 смярцей—10 проц.

ён-жа на 56 апэрацыйных выпадкаў меў 7 смярцей—12 проц.

Мой матэрыял 67 хворых 4 смярці — 6 проц.

46 апэр. выпадкаў 4 „ — 8 проц.

Загінуўшыя—гэта гідроцэфаліус, сьпіннамазговая грыжа; таксама ў *Гайле* ў *Джыбсона*—да гэтых яшчэ далучаюцца воўчая пашча, атрэзія страваходу, эктопія мачавога пузыра.

Некаторае ўяўленне пра агульную і пасьляопэрацыйную смяротнасць пры паасобных прыроджаных хваробах даюць наступныя даныя: Зайцава губа дае паводле *Гарэ-Борхард* да 10 проц. смяротнасці; пры апэрацыях—паводле *Сьпіцы*—2 проц.; паводле *Леда*—3 проц. Воўчая пашча: пасьляопэрацыйная смяротнасць ў *Дэйбнэра* (на падставе 1667 выпадкаў у 22 аўтароў) вагаецца ад 0,8 да 6,6 проц., у большасці бывае роўнай 2 проц.—3 проц.

Падаю некалькі статыстык пра чэрапна-мазговую і сьпіннамазговую грыжы: на 200 выпадкаў чэрапна-мазговых грыж толькі 15 чалавек дасягнула даросласці.

Смяротнасць пры апэрацыі—27 проц.,—42 проц.,—45 проц.; у сярэднім больш новыя статыстыкі даюць—33 проц. Сьпіннамазговая грыжа: 1) на 90 неопэраваных толькі 20 дажыло да 5 год (*Вэрніц*), 2) на 649 дзяцей са сьпіннамазгавой грыжай 615 памерла на працягу першага году (ангельскія даныя). Пасьляопэрацыйная смяротнасць пры гэтай грыжы розная—ад 14 проц. да 50 проц., сярэдняя—30-40 проц.

Эктопія мач. пузыра: добрае ўяўленне дае статыстыка *Мэйо*: на 66 апэрацый—18 смярцей; гэтыя вынікі трэба лічыць вельмі добрымі.

Прыроджаны стэноз пэлёруса дае ад 0 да 60 проц., сьмяротнасьці, сярэдняя—15 проц.

Стэнозы і атрэзіі страўнічна-кішочнага тракту даюць вельмі вялікую сьмяротнасьць.

Атрэзія кутніцы дае пры опэрацыі сьмяротнасьць ад 22 проц. да 79 проц.; сярэдняя—37 проц.

Пытаньне аб профіляктыцы прыроджаных хвароб зьяўляецца момантам занадта складаным, каб можна было чакаць надалей значных зьмен. Прыроджаныя цяжкія хваробы не перадаюцца на спадчыне, ды і гэта і зразумела, бо вялізарная колькасць хворых гіне; лёгкія хваробы, якія перадаюцца на спадчыне, не нагараюць жыццю. Магчыма, што эўгенічныя мерапрыемствы будучыні зьменшаць процант прыроджаных хвароб; але на агульную хірургічную сьмяротнасьць гэта ня зробіць хоць сколькі-небудзь значнага ўплыву, паколькі самы лік хвароб нязначны.

Што-ж датычыць зьмяншэньня процанту сьмяротнасьці пры лячэньні гэтых прыроджаных хвароб, дык трэба адзначыць наступны факт: сьмяротнасьць пры опэрацыйным лячэньні прыроджаных хвароб, магчыма крыху павялічалася за апошні час у сувязі з тэндэнцыяй опэраваць магчыма раней, г. зн. самых малых дзяцей, каб атрымаць лепшыя функцыянальныя вынікі. Вельмі малыя дзеці дрэнна пераносяць опэрацыйныя ўмяшаньні. Таму мне здавалася-б правільным не форсыяваць гэтай плыні. Сьмяротнасьць пры шмат якіх хваробах, як мы бачылі, зьмяншаецца; але пэўны процант яе застаецца назаўсёды, бо дзеці, якія родзіцца з тымі ці іншымі аномаліямі разьвіцьця, самі на сабе становяць мала ўстойлівыя і мала жыццяздольныя арганізмы.

2. Пашкоджаньні

Зусім іншае значэньне маюць траўмы. Яны складаюць вельмі значную групу хірургічных захворваньняў. У Расіі за 1902 г. у процантных стасунках траўмы давалі 5,5 проц. усёй колькасці хворых (для нараўнаньня—лічба заразьлівых хвароб—19,7 проц., хвароб стрававальных органаў—15,7 проц. і т. д.); у 1912 г. гэтая лічба была—6,9 проц. На Беларусі процант пашкоджаньняў у адносінах да агульнай захворвальнасьці (Смулевіч)—5,7 проц.

Сярод застрахаванага насельніцтва траўмы бываюць яшчэ часьцей. Паводле даных СССР за 1925 г. сярод хвароб прамы-

словых рабочих траўмы займаюць другое месца, даючы 19,1 проц. (пры 24,3 проц. інфэкцыі); у служачых і непрамысловых застрахованых яны давалі 6,1 проц. Таксама паводле ангельскіх даных 1924 г. траўмы займаюць трэцяе месца (тубэркулёз—20,1 проц., інфэкцыі—13,8 проц., траўмы—13,4 проц.).

У некаторых профэсіях гэты процант павялічваецца да 36,6 (здабывальная прамысловасць), 34,5 проц. (апрацоўка металю, дрэва), 31 проц. (транспорт), 30 проц. (апрацоўка мінералу) і г. д. (СССР, 1925 г.). Паводле *Садоўнікава*—да 44 проц. усіх хвароб у рабочих—гэта траўмы.

Якія ўмовы ў цяжкай індустрыі? *Дзеравенка* ўказвае такія лічбы: на заводзе імя Пятроўскага ў 1924 г. было 9.763 рабочих, траўмаў—15.005 (153 проц.); у 1926 г.—колькасць рабочих—17.192, траўм—16.505.

Траўматызм сярод сялянскага насельніцтва менш, але ўсё-ж і тут ён значны. Калі абазначыць коэфіцыент прамысловага траўматызму лічбай—80, тады сялянскі траўматызм абазначыцца—40 (паводле *Оппэля*).

У якасці вываду можна прыняць палажэнне, што траўмы адыгрываюць значную ролю ў агульнай захворвальнасці і яшчэ больш значную—сярод хірургічных захворванняў.

Таксама не малое месца займаюць траўмы сярод хворых хірургічных аддзяленняў, хоць значная большасць траўм, як лёгкія, у стацыянар не пападаюць. Гэта характарызуюць лічбы *Дзеравенка*: з усёй колькасці пашкоджанняў на заводах госьпіталізавана было—1 проц. У Расіі ў 1912 г. на агульны лік—3.282.841 хворых, якіх лячылі ў больніцах (ня толькі хірургічных)—траўм было 9 проц., г. зн. кожны 11 хворы лячыўся ад пашкоджання.

У хірургічных больніцах процант гэты, зразумела, большы, ён вагаецца залежна ад характару ўстановы. Напр., клініка *Дзьяканава* мела ўсяго 3 проц., што тлумачыцца яе аддаленасцю ад цэнтра гораду. Лічба *Джыбсона* (14 проц. на 12.144 хворых вялікай амэрыканскай больніцы) мабыць, правільней за ўсё паказвае існуючыя стасункі.

У *Абухоўскай* больніцы ў 1913 г. на 8.199 хворых было 38,5 проц. траўм (зломаў і параненняў); у *Більрота* ў Цюрыху пашкоджанняў было—47 проц.; у *Вэне*—21 проц. усіх захворванняў. У *Ваўковіча* (Кіеў) пашкоджаннямі складалі 30 проц., а зломы—17 проц. усіх хворых. У земскіх больніцах дарэволю-

цыйнага часу—51 проц. (Тамбоўская), 43 проц. (Елецкая). У другой земскай больніцы на 2.268 хірургічных хворых траўм было 279, г. зн. 10,6 проц. У маёй клініцы (больніцы) процант траўм быў роўны—18,3. Сярэдні процант траўм сярод хірургічных хворых у стацыянарах можна лічыць роўным 15-20 проц.

Гэты процант, сам па сабе даволі вялікі, аднак значна павялічваецца для некаторых вобласцей цела і асабліва для галавы і канцавін. Напр., у Інстытуце Скліфасоўскага (Масква, 1925 г.) на ўсе захворваньні галавы—пашкоджаньняў было—90 проц., а ў Елецкай—звычайнага тыпу рускай больніцы—50 проц.

Паводле матэрыялу раду больніц, пашкоджаньні паражаюць перш за ўсё галаву, потым канцавіны, грудзі і, нарэшце, живот, шыю і т. д.

Назіраньні маёй клінікі даюць наступны малюнак:

Пашкоджаньні чэрапу складалі 81 проц. усіх захворваньняў данай вобласці.

• верхніх канцавін	•	68 проц.	•	•	•	•
• ніжніх	•	46	•	•	•	•
• грудзей	•	43	•	•	•	•
• хрыбетніка	•	35	•	•	•	•
• твару	•	20	•	•	•	•
• шый	•	11	•	•	•	•
• жывата	•	8	•	•	•	•
• мачапалавых орган.	•	4	•	•	•	•

Агульная сьмяротнасьць насельніцтва ад траўм ілюструецца такімі лічбамі: у СССР (1925 г.) на 10.000 насельніцтва памерла ад пашкоджаньняў:

Масква 5,1, Ленінград 5,9, іншыя гарады 5,4-5,5, Украіна 4,3 і Беларусь 5 (паводле *Смалевіча*—4).

У Германіі памерла ад пашкоджаньняў:

У гарадох, дзе насельніцтва больш 100.000	—3,6
• • • • • менш	3,0

У Італіі, у абсалютных лічбах, у 1924, 1925 і 1926 г. г. памерла ад пашкоджаньняў 12.887, 13.434 і 12.659 чалавек (для параўнаньня падаю лічбы сьмярцей ад злаякасных пухлін там-жа—25.719, 22.734, 22.548).

Удзел сьмярцей ад траўм у агульнай сьмяротнасьці паказваюць наступныя даныя: на Беларусі—гэты процант роўны—2,4; на штату Канзас (Паўночна-Амэрыканскія Злучаныя Штаты)—5,7 проц. Паміж гэтых лічбаў, у якіх яскрава выяўляецца момант індустрыяльнага разьвіцьця, вагаецца лічба ўдзелу сьмяротнасьці ад траўм у агульнай сьмяротнасьці.

Прычыны смяротнасці (даныя штату Канзас на 1927 г.)

	абсалютныя	на 100.000 насяльніцтва
паражэнні сэрца	2.612	142,3
злаякасныя пухліны	1.839	100
апоплексія	1.832	99,6
нефрыт	1.534	83,4
траўма	1.345	73,1

Які процант смяротнасці сярод самых траўматыкаў?

Паводле даных Народнага Камісарыяту Працы РСФСР у 1922-23 г. г. ад прамысловых траўм памерла 0,5 проц., што дае вялізарную абсалютную лічбу.

У Расіі ў 1912 г. памерла ад пашкоджанняў ■ ліку пацыентаў, што знаходзілася ў рускіх больніцах—9.207 чалавек, што складае 3,1 проц. і 5 проц. у адносінах да ўсіх памершых у больніцах; у *Джымбсона* на 1.598 траўматычных пашкоджанняў памерла 4 проц. Цікава параўнаць з гэтым лічбы аднаго ангельскага госпіталю 1872 г. (госпіталь сьв. Георга), дзе процант смяротнасці ад траўм—5,3. У *Більрота* процант смяротнасці ад пашкоджанняў вагаўся паміж 13 і 18,5. У мяне ў клініцы процант смяротнасці траўматыкаў быў роўны—6,6 проц. Такім чынам, мы бачым, што ў залежнасці ад цяжкасці выпадкаў процант смяротнасці вагаецца паміж 4 і 7.

Як можа змагацца хірургія з гэтай смяротнасцю? Канкрэтны адказ можна даць, вывучыўшы голоўныя кампаненты траўматычнай смяротнасці.

Пашкоджанні чэрапу.

Траўмы чэрапу заслугоўваюць разгляду ў першую чаргу, як па сваёй адноснай частасці, так і па сваёй небяспечнасці. Сярод зломаў касьцей наогул, зломы чэрапу адыгрываюць ня такую ўжо вялікую ролю ў сэнсе частасці (ад 1,45 проц. да 3,8 проц.); у апошніх германскіх статыстыках на 275.450 зломаў налічваецца 9.036 зломаў чэрапу, г. зн. 3,4 проц.; але ў госпітальных ўмовах гэтыя лічбы большыя—10-19 проц.

Розныя пашкоджанні галавы наогул зьяўляюцца цяжкімі. Калі ўзяць больнічныя лічбы, дык смяротнасць роўная—5,2-6,5-12 проц. У *Сакалоўскага* (Менск) гэты процант роўны—10%, у мяне—11 проц.

Калі-ж узяць толькі зломы чэрапу, дык процант рэзка павялічваецца. Найбольшыя абсалютныя лічбы мы маем у Германіі:

тут за 4 гады на 30.598 выпадкаў злону чэрапу было 7.283 сьмерці, г. зн. 24,2 проц.—кожны чацьверты хворы гіне. Аднак, сюды ўваходзіць, бясспрэчна, і частка больш лёгкіх выпадкаў, бо калі ўзяць толькі больнічныя лічбы, дык яны большыя. Найменшую лічбу дае *Дзікінсон*—29 проц.; у большасьці яна вагаецца паміж 32-39 проц., нават даходзіць да 50 проц. (*Эвоян*). *Оратор* (1930 г.) лічыць сьмяротнасьць пры пашкоджаньнях чэрапу роўнай—15 проц. Старыя лічбы (*Бэтанія* 1843 г.) даюць яшчэ большы процант—на 49 выпадкаў—32 сьмерці—64 проц. *Брэн* на 470 пашкоджаньняў чэрапу сабраў 165 сьмярцей, г. зн. процант сьмяротнасьці—35 (1881-1901 г. г.); у *Ваўковіча* сьмяротнасьць пры зломе чэрапу была—25 проц.; у мяне на 54 выпадкі зломаў чэрапу памерла 18 чалавек, г. зн.—33 проц. Часам сустракаем і малы процант. Напр. у *Сакалоўскага* (Менск)—12 проц. Гэты малы процант я тлумачу выключна больш лёгкім матэрыялам.

Зломы асновы чэрапу зьяўляюцца яшчэ больш цяжкімі. Праўда, *Лесэн* дае 12 проц., *Кеню*—15 проц.; але гэтыя лічбы зьяўляюцца выключэньнем; з іншых мне вядомых лічбаў, найменшая—29,8 проц., найбольшая—76 проц. Амэрыканскія лічбы—39,8 проц.; 52 проц.; 69 проц., *Ваўковіч* дае 40 проц.

Зломы скляпеньня даюць меншыя лічбы—13,3 проц.; 35 проц.; 46 проц. Вельмі цяжкімі зьяўляюцца зломы адначасова скляпеньня і асновы чэрапу: так *Эвоян* дае 40 проц. сьмяротнасьці, *Картэр*—на 160 выпадкаў—59,6 проц.

У параўнаньні з вышэй паказанымі лічбамі, лічбы *Мельнікава*—процант сьмяротнасьці ад зломаў чэрапу да вайны—6,4 проц. і 8,4 проц.—пасля вайны,—для мяне зьяўляюцца зусім незразумелымі.

Сумныя лічбы даюць агнястрэльныя раны мірнага часу: на 15 выпадкаў, напр.,—12 сьмярцей (*Зьвераў*, Інстытут Скліфасоўскага). У моім матэрыяле—на 10 выпадкаў памерла 5 чалавек (неопэраваных). Прычыну цяжкасьці гэтых параненьняў трэба, мабыць, бачыць у блізкай адлегласьці, на якой наносяцца параненьні, бо гэта ў большасьці выпадкаў—самагубствы. Мой уласны вопыт пры пашкоджаньнях галавы такі: пашкоджаньні чэрапу складаюць галоўную частку хірургічных захворваньняў чэрапу ў звычайнай больнічнай абстаноўцы; у мяне сьмяротнасьць—81 проц., г. зн. $\frac{4}{5}$ выпадкаў; большасьць гэтых параненьняў, на шчасьце, не пранікаюць у поласьць мазгоў ($\frac{4}{5}$), толькі $\frac{1}{5}$ з іх—пранікальныя (32 на 161); ад непранікальных раи чэрапу звы-

чайна сьмяротных вынікаў не здараецца: так, на 129 выпадкаў мы ня мелі ніводнай сьмерці (з гэтага ліку 19 опэравалася):

пашкодваньні мяккіх частак чэрапу	87
вытвеньні чэрапу	20
пашкодваньні касьцей чэрапу (зломы)	22

У С Я Г О 129

Пранікальныя-ж параненьні даюць такі малюнак:

пашкодваньні скляпеньня чэрапу, якія пранікаюць ў мазгі:

13, з іх не опэравана 3, сьмяротных вынікаў 2

опэравана 10 " 4

Зломаў асновы 8, не опэраваны, сьмяротных вынікаў 6

Агнястрэльных параненьняў чэрапу—10, не опэравана 7, пам. 5

опэравана 3, " 0

Опэрацыі не рабілі ў безнадзейных або, наадварот, у лёгкіх выпадках.

Пранікальныя раны даюць вельмі вялікую сьмяротнасьць: на 32 выпадкі—18 сьмярцей, г. зн. памерла больш паланіны. Калі ўзяць процант сьмяротнасьці ў адносінах да агульнай колькасьці пашкодваньняў, дык сьмяротнасьць будзе роўнай 11 проц. (18 на 161).

Гэта вялікая сьмяротнасьць залежыць выключна ад цяжкасьці пашкодваньняў. На 19 чалавек не опэраваных—не опэраваліся толькі найбольш лёгка і найбольш цяжка—памерла 14 чалавек (г. зн. $\frac{2}{3}$); на 13 чалавек опэраваных памерла 4 чалавека (г. зн. $\frac{1}{3}$).

Пашкодваньні чэрапу на маім матэрыяле зьяўляюцца пераважна вынікам трох момантаў: бойкі, профэсыянальнай траўмы, выпадковых пашкодваньняў.

На 161 выпадак,—было пашкодваньняў, атрыманых у бойцы—81; профэсыянальных траўм—33, сярод якіх 18 пашкодваньняў ад сельскагаспадарчых прылад; 42 пашкодваньні былі выпадковымі; 5 пашкодваньняў—вынікі самагубства (агнястрэльнае параненьне).

Не заўсёды сьмяротны вынік пры пашкодваньнях чэрапу звязан з велічынёй параненьня; часам прычынай сьмяротнага мэнінгіту ці абсцэсу можа быць параненьне самае нязначнае.

Што можа хірург супроцьнаставіць гэтай жахлівай сьмяротнасьці?

Не гаворачы ўжо пра звычайныя мерапрыемствы па доглядзе за ранай і пра опэрацыйнае ўмяшаньне пры пэўных паказаньнях,—некаторыя настойваюць на самых радыкальных адносі-

нах—безадкладнай трэпанацыі, ліаччы, што пры гэтым нічога ня траціцца, а выйграць можна ўсё.

Якія-ж вынікі ў абаронцаў такога радыкалізму?

Лічбы адных гавораць за такое ўмяшаньне, лічбы другіх—за больш асьцярожны падыход.

Так *Картэр*, маючы агульны процант сьмяротнасьці—39, пры апэрацыі мае—37,2 проц. *Мікстэр* у неопэраваных мае сьмяротнасьць—58,3 проц. у апэраваных—43,4 проц. (пры зломах асновы), *Эвоян* на 17 неопэраваных—80 проц., на 18 апэраваных—40 проц. (злом асновы). *Сакалоўскі* на 54 апэраваных—15 проц.; *Эвоян* на 22 апэраваных—15., а на 10 неопэраваных—5 сьмяротных выпадкаў, г. зн. 50 проц. (скляпеньне), але ў другой сэрыі—54 апэраваных—22 сьмерці, г. зн. 40 проц., 26 неопэраваных—20 проц. З другога боку, *Макрэзі*—на агульную суму выпадкаў мае 39 проц. сьмяротнасьці, а з апэраваных—59 проц.; *Дзікінсон* кансэрватыўным лячэньнем дасягнуў 29 проц. сьмяротнасьці замест 55 проц.; у Інстытуце імя Скліфасоўскага на 18 неопэраваных выпадкаў памерла 2, г. зн. 12 проц. і т. д. Мне здаецца, што вынік залежыць ад паказаньняў. Неопэраваныя паказваюць большую сьмяротнасьць ад таго, што яны асабліва цяжкія, і іх іменна таму не апэруюць ¹ т. д.

Што рашаючым момантам зьяўляецца, бязумоўна, не апэрацыйнае ўмяшаньне, відаць з табліцы *Картэра* (1927 г.) дзе ў аднаго і таго-ж самага аўтара, пры аднолькавых умовах лячэньня хворых, вынікі былі наступныя:

на 389 выпадкаў—

на 106 т р а ў м чэрапу бяз страты прытомнасьці, сьмяротнасьць —7,2 проц.

на 106 т р а ў м чэрапу са стратай прытомнасьці, сьмяротнасьць —16,7

на 177 т р а ў м чэрапу з доўгачасовай стратай прытомнасьці сьмяротнасьць 68 проц.

Характарна, што ў матэрыяле *Сакалоўскага*, які меў 12 проц. сьмяротных вынікаў,—78 проц. усіх пашкоджаньняў здарылася ў часе бойкі і ня было ніводнага агнястрэльнага параненьня; у мяне, пры 33 проц. летальных вынікаў, пашкоджаньняў ад бойкі было толькі 50 проц. і мелася 10 агнястрэльных параненьняў (на 54 выпадкі); у *Эвояна*, дзе пашкоджаньні атрыманы на нафтавых промыслах—50 проц. сьмяротнасьці.

На сваім матэрыяле я атрымаў такія лічбы:

не апэравалася 19, памерла—14; апэравалася 13, памерла—4.

На першы погляд вывад можа быць такі: апэрацыйны спосаб дае лепшыя вынікі. Але справа ў тым, што не апэраваліся іменна найбольш цяжкія хворыя, якія насля некалькіх гадзін знаходжаньня ў клініцы паміралі; апэрацыі-ж рабіліся ў выпадках менш цяжкіх.

Наогул, пры ўважлівым аналізе малых лічбаў сьмяротнасьці выходзіць, што і яны ня вельмі малыя. Прыклад—лічбы *Сакалоўскага*, у якога пры апэрацыйным лячэньні пранікальных ран чэрапу выжывала 85 проц. Вылічаецца гэты процант так: на 54 апэраваных памерла 8 чалавек. Але з гэтых 54 апэраваных—5 апэравана з прычыны эпілепсыі і паралюшаў праз доўгі час пасля пашкоджаньня, г. зн. у групу сьвежых пашкоджаньняў іх залічыць нельга. Далей указана, што ў 16 выпадках пашкоджаньняў цэв. мазг. абалонкі ня было. Калі адлічыць гэтага 21 чалавека, дык застаецца 33 выпадкі, і процант будзе ўжо не 15, а 24, г. зн. звычайны процант сьмяротнасьці ад параненьняў чэрапу (гл. вышэй.)

Вывады такія:

З траўматыкаў з пашкоджаньнямі чэрапу гіне да 25 проц.

Гэтыя хворыя паміраюць у першыя 12 гадзін—ад цяжкасьці паражэньня і вялікіх крывязьліцьцяў; у першыя 24 гадзіны—ад павялічэньня ціску ў мазгох; потым ад інфэкцыі.

Вынік залежыць галоўным чынам ад цяжкасьці пашкоджаньня; наўрад ці ў гэтым факце шмат што можна зьмяніць апэрацыйным умяшаньнем, хоць яно ў значнай меры засьцерагае ад разьвіцьця інфэкцыі.

Пашкоджаньні хрыбетніка.

Траўмы хрыбетніка (зломы) таксама даюць вялікую сьмяротнасьць, дзякуючы ўдзелу сьпінных мазгоў: пашкоджаньні сьпінных мазгоў і крывязьліцьці ў іх цягнуць за сабой паражэньні важных жыцьцёвых цэнтраў. Далей ідуць другачыныя пнэўманіі, пролежні, уросэпіс.

Сьмяротнасьць ад зломаў хрыбетніка вельмі добра ілюструецца наступнымі матэрыяламі. Лічбы германскай статыстыкі даюць у сярэднім ад 13,4 проц. да 23,6 проц. (на 8936 хворых—памерла 1496—16,5 проц.). У *дэ-Кервэн* (1908 г.) на 218 апэраваных выпадкаў—55 сьмяротных вынікаў—25 проц. У статыстыках боль-

нічных аддзіленняў гэты процант даходзіць да 40 і нават больш. Лічбу 40 проц. дае, напр., Інстытут Скліфасоўскага (1925 г.). Гаўман (1926 г.) налічвае на 204 выпадкі—130 сьмярцей. Ваўковіч (1928 г.) проц. сьмяротнасьці ад зломаў хрыбетніка вызначае ў 64-80. На яго асабістым матэрыяле з 8 хворых памерла—6. Лойд на 82 раньнія апэрацыі пры зломах хрыбетніка меў 72 сьмерці.

Ня маючы магчымасьці вывесці сярэдні процант, я ўсё-ж, спасылаючыся на папярэднія даныя, думаю, што пры зломах хрыбетніка процант сьмяротнасьці набліжаецца да 20, а пры цяжкіх пашкоджаньнях сьпіінных мазгоў—да 40 проц.,—процант, які мала адстае ад процанту сьмяротнасьці пры пераломачэрапу. Оратор (1930 г.) лічыць таксама процант сьмяротнасьці пры пашкоджаньнях сьпіінных мазгоў роўным 20.

Пашкоджаньні органаў жывата.

Пашкоджаньні органаў жывата, якія не зьяўляюцца ў лічбавых адносінах значнымі, даюць надзвычайна вялікую—адносна—сьмяротнасьць. Даўнейшыя статыстыкі да пэўнай ступені могуць быць прадстаўлены наступнымі данымі: Шовэль (1888) апублікаваў сабраны з 1880 г. 41 выпадак апэрацый пры агнястрэльных параненьнях жывата, з іх памерла—29, г. зн. 72 проц.

Але і сучасныя лічбы сьмяротнасьці пры пашкоджаньнях органаў жывата таксама дэволі вялікія; вагаючыся каля 35-40 проц. яны набліжаюцца да лічбаў пры пашкоджаньнях чэрапу. І зарыз лічбы ў 50 проц. зусім не зьяўляюцца такім рэдкімі (Мільер, Лёрыя). Оратор (1930 г.) называе лічбу ў 30 проц. Цікава адзначыць, што ў Лёрыя на 76 хворых 65 чалавек опэраваліся ў першыя 2 гадзіны і ўсё-ж такі процант сьмяротнасьці быў—57,5.

Закрытыя пашкоджаньні даюць горшыя прогносты, мабыць, з прычыны больш цяжкай дыягностыкі і з прычыны гэтага больш позьняй апэрацыі.

Пагаршаюць прогност множныя параненьні некалькіх органаў, што стварае асабліва складаныя і няспрыяльныя ўмовы, а таксама параненьні грудной і брушнай поласьці адначасова. Пра множныя параненьні жывата я яшчэ ў 1909 г. апублікаваў работу, якая дае ўяўленьне аб цяжкасьці гэтых параненьняў. Каб пазнаёміць са сьмяротнасьцю пры пашкоджаньнях органаў жывата, я падаю некалькі статыстык:

Янкоўскі, 116 выпадкаў—55 проц., Фінкельштэйн—54 проц., Магула—40 проц., Богараз—36 проц. і Гаген—46 проц.

Адначасовае параненне жывата і грудзей, 4 выпадкі,
памерла—4 чал.—100 проц.

Раны жывата,	38	выпадакў, памерла 12 чал.—31 проц.
Бондараў (1909)	22	. . . . . 8 . —38 "
Залогл	18	. . . . . 9 . —50 .
Абухоўская больн. (1912 г.)	192	.. . . . 70 . —36 .

Мой матэрыял складаецца з 30 выпадкаў пашкоджання розных органаў жывата з 14 сьмярцамі, што дае 46 проц. (на 14 сьмярцей—8 ад пашкоджанняў кішак і 4—ад пашкоджанняў печані—агнастрэльныя).

Аднак, сумарныя лічбы яшчэ недастатковыя для поўнай ацэнкі сур'ёзнасьці пашкоджанняў жывата, і мы яшчэ зьвернемся да пашкоджанняў наасобных органаў.

Страўнік. Цэлы рад статыстык у сярэднім дае лічбу сьмяротнасьці—45 проц. Такі процант зьяўляецца болыі значным, чым пры пэрфорцыі язвы страўніка, і гэта прымушае задумацца (вялікая кіслотнасьць соку? Падрыхтаванасьць брушыны? Сладарожныя параненьні?).

Асабісты мой матэрыял невялікі, таму і рабіць вывады з яго ня лічу магчымым. Назіралася два параненьні страўніка (агнастрэльныя): адзін хворы, які быў дастаўлены на 2-я суткі пасля параненьня, загінуў ад пэрытоніту. Сьмерць тут зьяўляецца вынікам запушчанаьці выпадку.

Кішочнік

	Колькасьць выпадакў	Колькасьць сьмярцей	Проц. сьмя- ротнасьці
Джымбсон (1919—1924 г. г.)	10	7	70
Магула (1912 г.)	45	21	46
Пэтры	160	149	93
Фіншэр	—	—	20
Богараз	—	—	50
Фінкельштэйн	—	—	40
Янкоўскі	—	—	36

У сярэднім гэтыя лічбы даюць 50 проц., крыху больш, як параненьні страўніка.

Я меў на 15 хворых—8 сьмярцей, г. зн. процант сьмяротнасьці роўны 50, вылічанаму мной вышэй сярэдняму процанту. На падставе сваёй практыкі, я хачу зазначыць, што пры

пашкоджаньні кішочніка раньні тэрмін апэрацыі, хоць і мае вялікае значэньне, але не зьяўляецца рашаючым момантам, як у радзе іншых пашкоджаньняў жывата. Сярод памерных маіх хворых было 4 выпадкі пашкоджаньня тоўстай кішкі, 2 выпадкі—тонкай і тоўстай; 2 выпадкі—толькі тонкай; аднаго хворага прывезьлі вельмі позна і ён не апэраваўся.

Пашкоджаньні печані наогул даюць вялікі процант сьмяротнасьці. У 1912 г. *Магула* на 109 выпадкаў атрымаў 44 проц. сьмяротнасьці. *Тэле* у тым-жа годзе—на 260 выпадкаў (зборная статыстыка)—61 проц.; у 1928 г. *Дзеравенка* на 19 уласных выпадкаў меў 57 проц. сьмяротнасьці; *Грэхем* (1927) на 11 выпадкаў—4 сьм.—36 проц. Такім чынам мы бачым, што процант застаецца вялікім. *Заблудоўскі* да 1907 г. налічыў 31 выпадак, з 42 проц. сьмяротнасьці; а *Эдлер* (1887 г.) меў сьмяротнасьць ў 86 проц. Таму мы можам гаварыць толькі пра адносны пругрэс за апошнія 40-50 год; мабыць, апошні абавязан толькі лепшай пастаноўцы экстрэннай хірургічнай дапамогі.

Аднак, ня ўсе параненьні печані даюць аднолькавы процант сьмяротнасьці. Найбольш цяжкія вынікі даюць закрытыя пашкоджаньні, агнястрэльныя параненьні і потым параненьні, аскладненыя пашкоджаньнем іншых органаў. Гэта добра відаць з наступных лічбаў:

Абухоўская больніца (1912 г. *Балярскі*):

падскурныя разрывы	18	выпадакў, сьмярцей	15—83,3 проц.
агнястрэльныя параненьні	6	“ “	2—33,3 “
рэзаныя раны	85	“ “	26—30,5 “
	109		43 44 проц.

<i>Тэле</i> : аскладненыя пашкоджаньні печані—59 выпад., сьмяротнасьць	62,5 проц.
агнястрэльныя параненьні	139 “ “ 38 “
асклады. агнястрэльныя паранен.	110 “ “ 77 “

На маім матэрыяле поўнасьцю сьцьвярджаецца агульнае палажэньне пра пашкоджаньні печані. Я меў на 5 выпадкаў 4 сьмерці. Усе параненьні былі агнястрэльныя, аскладненыя і іншымі пашкоджаньнямі— параненьнямі страўніка і г. д. Пры гэтым: аднаго хворага прывезьлі на 10-ты дзень—памёр ад пэрытоніту, у другога былі параненьні печані, лёгкіх, страўніка і ныркі—памёр ад сэлсісу (гнойнік лёгкага); 3-ці хворы памёр вельмі хутка ад цяжкага крывацязьня; 4-ты хворы, прывезены праз суткі, памёр ад пэрытоніту (параненьне печані і страўніка).

Пашкоджаньні селязёнкi даюць адносна меншую сьмяротнасьць, як параненьні печані. Статыстыка параненьняў селязёнкi, якая адносіцца да таго-ж пэрыоду, што і вышэй зьмешчаная статыстыка параненьня печані (1907-1930 г. г.), дае такія лічбы:

Разрывы селязёнкi	Разрывы печані
У сярэднім—33-37-39 проц сьм.	83 проц.
Рэзаньня раны—16-17.	30 .

Агнястрэльныя раны даюць аднолькавую сьмяротнасьць для абодвух органаў (ад 30 да 50 проц.).

Окіншэвіч у 1925 г. дае статыстыку, якая па сутнасьці паўтарае старыя лічбы. Наогул лепшыя вынікі пры пашкоджаньнях селязёнкi тлумачацца, мабыць, тым, што селязёнку можна выдаліць і гэтым самым радыкальна ўнікнуць крывяцязьня і г. д., чаго нельга зрабіць з печанню.

Цяжкімі зьяўляюцца пашкоджаньні надстраўнічнай залозы. Паводле даных *Гулеке, Сантаса* неопэраваныя вынікі вытвеньняў надстраўнічнай залозы ўсе канчаюцца сьмерцю; з опэраваных-жа 38 чалавек—памёрла—16, г. зн. 42 проц.

Параненьні нырак зьяўляюцца, як відаць, дзякуючы іх пазабрушнаму разьмяшчэньню, менш небясьпечнымі. Ужо ў даўнейшых статыстыках знаходзім такія лічбы, як 15-17-30 проц. сьмяротнасьці. Гэты самі процант сьмяротнасьці захоўвае сваё значэньне і зараз. Павінен заўважыць і на свой матэрыял: усе 5 хворых з пашкоджаньнем нырак, опэраваныя, засталіся жывымі (4 нэфрэктоміі, 1 шво раны ныркі).

Пашкоджаньні кутніцы бяз ускрыцьця брушыны даюць невялікі процант сьмяротнасьці; з ускрыцьцём брушыны—такі самы, як пашкоджаньні тоўстых кішак. У мяне было такіх хворых 2 чалавекі і адзін з іх памёр.

Разрывы мачавога пузыра даюць увагуле процант сьмяротнасьці наміж 20—30 (унутрыбрушыныя); пазабрушыныя даюць, зразумела, меншы процант. У мяне быў 1 выпадак ўнутрыбрушыннага разрыву пузыра,—хворы пасля опэрацыі паправіўся.

Калі пры пашкоджаньнях чэрапу і хрыбетніка самую галоўную ролю адыгрывае момант несумяшчальнасьці існаваньня з паражэньнем важных жыцьцёвых цэнтраў, дык пры пашкоджаньнях жывата на першы плян высоўваюцца інфэкцыя і крывяцязьня; змаганьне з імі зводзіцца да пытаньня аб найбольш рань-

нім умяшаньні, г. зн. аб арганізацыі хуткай хірургічнай дапамогі.
Значэньне часу ў гэтым пытаньні добра ілюструе рад лічбаў.

Пашкоджаньні брушных органаў:

Опэраваныя да 4 гадзін даюць	15,3 проц.	сьмяротнасьці
да 8 " "	44,4 " "	" "
" 12 " "	63,6 " "	" "
Пазьней " "	70 " "	" "

Печань—закрытыя пашкоджаньні—*Тэле*, 1912 г.

Опэрацыя ў першыя 6 гадзін	39,5 проц.	сьмяротнасьці
" " другія 6 гадзін	50,5 " "	" "
" " трэція 6 " "	65 " "	" "
" " праз 24 " "	86 " "	" "

Параненьні печані—*Балярскі*.

Опэрацыя ў першыя 2-3 гадзін	—15 " "
праз 24 " "	—80 " "

Разрывы пузыра пры опэрацыі:

у першыя 12 гадзін на 13 хворых	намерла 5
пэсьля 12 гадзін , 21 хворых	. . . . . 15

Аднак трэба мець на ўвазе, што нават раньняе ўмяшаньне (гл. вышэй лічбы *Лёрыя*) дае вялікі процант сьмяротнасьці, і што пытаньне можа быць радыкальна разьвязана толькі ў роўніцы пасьпяховага змаганьня з перытонітам.

Пашкоджаньні грудзей.

У звычайных больнічных умовах пашкоджаньні грудзей сярод іншых захворваньняў займаюць параўнаўча вялікае месца. Калі ня лічыць устаноў, куды зусім не пападаюць траўматычныя выпадкі (як напр., клініка *Дзьяканава*), дык земскія больніцы мелі 50-58 проц. пашкоджаньняў грудзей (*Елецкая*, *Тамбоўская*), а Інстытут імя *Скліфасоўскага* нават 71 проц.

Сярод траўматычных пашкоджаньняў наогул, пашкоджаньні грудзей займаюць, як відаць, 3-4 месца, і здараюцца радзей толькі за пашкоджаньні канцавін і галавы. Пашкоджаньні гэтыя—вытненьні, параненьні і зломы рэбраў; значэньне іх залежыць ад пашкоджаньняў унутраных органаў—лёгкіх і (радзей) сэрца.

Большасьць пашкоджаньняў грудзей зьяўляюцца непранікальнымі, або калі і пранікальнымі, дык параўнаўча ня цяжкімі. Пашкоджаньні грудзей даюць наогул невялікі процант сьмяротнасьці, які вагаецца ад 0,5 проц. да 13 проц.; толькі ў Інстытуце імя *Скліфасоўскага* я сустраў 18 проц. і гэта, зразумела, таму, што там мы маем вялікі процант агнястрэльных параненьняў.

Я меў на 59 выпадкаў пашкоджанняў грудзей наогул—6 сьмярцей, г. зн. 11 проц., на 36 непранікальных параненьняў—ніводнай сьмерці, на 23 пранікальныя параненьні—6 сьмярцей, г. зн. 25 проц. *Оратор* (1930 г.) вылічыў процант сьмяротнасьці пры пашкоджаньнях лёгкага—у 18. Натуральна, што ў больніцу з пашкоджаньняў грудзей накіроўваюцца найбольш цяжкія выпадкі, і гэтым тлумачыцца тое, што на агульную колькасьць пашкоджаньняў грудзей процант сьмяротнасьці невялікі (да 3 проц.), а процант сьмяротнасьці сярод больнічных выпадкаў—большы.

Грудная клетка	Лік выпадкаў	Опэрацый	Сьмярцей
злом рэбраў	13	—	—
" ключыцы	5	1	—
параненьні	13	1	—
агнястрэльныя параненьні	5	1	—
Грудныя органы			
вытэсьненьне лёгкіх са зломам рэбраў	1	—	1
агнястрэльным параненьні	9	1	3
колатыя раны	13	3	2

Пра параненьні сэрца ня прыходзіцца гаварыць. Пасьля параўнаньня раду лічбаў, мы навінны аднесьці лячэньне параненьня сэрца да значных заваёў сучаснай хірургіі.

Ікавітц дае такія лічбы:

1) выпадкі параненьняў сэрца, не падлягаючыя опэрацыі з прычыны цяжкасьці сваёй—268—88 проц. сьмяротнасьці; 2) выпадкі больш лёгкія, але не опэраваныя—83 проц. сьмяротнасьці; 3) выпадкі опэраваныя—51 проц. сьмяротнасьці.

Рэн да 1911 г. лічыў сьмяротнасьць пры опэрацыях сэрца роўнай 60 проц., *Гессе* пасьля 1911 г.—53 проц. сьмяротнасьці. Найлепшае ўяўленьне пра посьпехі хірургіі ў гэтай галіне дае табліца *Джанелідзе*:

Гады	Абсалютны лік опэрацый	Прон. сьмяротнасьці
1896—1900	40	70
1901—1905	131	69,5
1906—1910	163	54,6
1911—1915	140	43,6
1916—1921	61	49,2

Заўэрбрух меў на 12 выпадкаў агнястрэльных параненьняў сэрца—6 сьмерцей—50 проц. *Клёзэ* налічвае на 32 апэрацыі 31,3 проц. сьмяротнасьці. Але разам з тым пры 24 выпадках, лечаных вычакальна, ён меў сьмяротнасьць у 37,5 проц.

Думаю, што агульную сьмяротнасьць пры параненьнях сэрца трэба лічыць да 80 проц., сьмяротнасьць-жа апэраваных выпадкаў трэба ацэньваць у 50 проц.

У мяне ў клініцы быў 1 выпадак параненьня сэрца; пасля апэрацыі хворы паправіўся.

Мой процант сьмяротнасьці (25 проц.) пры параненьні грудных органаў (лёгкіх), як відаць, набліжаецца да процанту *Лаўрова*, вылічанага ім на падставе 257 выпадкаў—23 проц.; *Бушуеў* на 260 выпадкаў меў 17 проц. сьмяротнасьці. Пры гэтым трэба заўважыць, што найбольшы процант сьмяротнасьці даюць агнястрэльныя параненьні; так, паводле даных *Лаўрова*, параненьні халоднаю зброяю даюць 8 проц., а агнястрэльныя—37 проц. Мае назіраньні супадаюць з гэтым: пры агнястрэльных параненьнях на 9 выпадкаў у мяне было 3 сьмерці, г. зн. 33 проц., пры колата-рэзаных ранах—15 проц., *Гольдберг* меў пры агнястрэльных параненьнях—37 проц. сьмяротнасьці.

У маіх выпадках ад параненьняў памерла 5 чалавек без апэрацыі, іх сьмерць навінна быць прыпісана цяжкасьці параненьня: 1 вытненьне грудзей са зломам рэбраў, 2 агнястрэльныя параненьні; 2 колатыя раны з параненьнем пэрыкарда, прычым у аднаго хворага было яшчэ параненьне страваходу і лёгкіх, 1 памёр таксама пры цяжкім параненьні лёгкага і пэрыкарду; ня глядзячы на тое, што была зроблена апэрацыя.

Заўэрбрух меў на 184 выпадкі параненьняў лёгкіх 31 сьмерць, што дае—17 проц. сьмяротнасьці, пры наяўнасьці ўсіх даступных у бягучы час тэхнічных сродкаў змаганьня з пнэўмотораксам і г. д.

Каді ўзяць пранікальныя раны лёгкіх у іншых статыстыках дык тут мы маем такія лічбы: у лёгкіх выпадках—0,6 проц.; у больш цяжкіх—ад 33 проц. да 54 проц.

Трэба зноў падкрэсьліць вялікую небясьпеку адначасовага параненьня грудзей і жывата ў іх гранічнай зоне, пры якім звычайна бывае параненьне дыафрагмы. У *Заўэрбруха* на 19 такіх хворых памерла 13 чалавек, г. зн. амаль 70 проц.

Шмат хто спрабаваў сьцвярджаць, што можна дабіцца значнага зьмяншэньня процанту сьмяротнасьці пры параненьнях лёгкіх, шляхам тэрміновага апэрацыйнага ўмяшаньня.

Пытаньне пра актыўнае ўмяшаньне пры параненьнях лёгкага пакуль што ня можа быць разьвязана ў сьнясе абсалютных паказаньняў—опэраваць усіх, як мы гэта робім на жываце. Ва ўсякім разе, такога заключэньня нельга зрабіць на падставе зьмешчаных ніжэй лічбаў.

На самай справе *Грэкаў* дае гэткія лічбы: на 204 пранікальных параненьняў—160 выпадкаў консэрватыўнага лячэньня далі 0,6 проц. сьмяротнасьці і 44—опэраваныя—далі сьмяротнасьць 54 проц. *Гарэ* пры консэрватыўным лячэньні вывёў процант сьмяротнасьці ў 38—40 проц., а *Стуккей* на 29 опэраваных выпадкаў меў 33,3 проц. сьмяротнасьці. *Бушуеў* на 260 выпадкаў зазначае 17 проц. сьмяротнасьці пры консэрватыўным лячэньні і 30 проц.—пры актыўным умяшаньні.

Зразумела, гэтыя лічбы патрабуюць паправак: опэрацыя робіцца ў цяжкіх выпадках, ня робіцца ў лёгкіх. Ужо гэта акалічнасьць, правільна ўлічаная, значна зьмяняе малюнак. Наяўнасьць спосабаў пнэўмопрэсіі таксама ўводзіць значны фактар у справу опэрацыйнага лячэньня і таму трэба трымацца таго погляду, што рад цяжкіх пашкоджаньняў лёгкага падлягае пры пэўных паказаньнях опэрацыйнаму лячэньню.

Трэба зазначыць на яшчэ адно пашкоджаньне, якое дае вялікую сьмяротнасьць: вытненьні лёгкіх пры цяжкіх контузіях і сьцісках грудзей. Процант сьмяротнасьці пры іх набліжаецца да 40—50 проц.

Пашкоджаньні канцавін.

Траўмы канцавін даюць параўнаўча невялікі процант сьмяротнасьці. Пры гэтым верхнія канцавіны даюць значна меншы процант, як ніжнія.

Госьпіталь <i>Георга</i> . 1872 г.	312	ніжн. канцав.	13	сьмярцей	— 4 проц.
<i>Джыбсон</i> 1924 г.	343	канцав.	5	„	— 2 „
<i>Дзєравенка</i> 1928 г.	392	„	5	„	— 0,5 „
Мой матэрыял 1924-1928 гг.	413	„	5	„	— 1,2 „

Для характарыстыкі свайго матэрыялу пакажу на галоўныя лічбы: 217 зломаў, 48 агнястрэльных параненьняў, 79 параненьняў мяккіх частак, 41 вытненьняў і дысторсій, 17 зьвіхаў. Усе 5 выпадкаў сьмерці адносяцца да пашкоджаньняў ніжніх канцавін.

Прычыны сьмерці ў гэтых выпадках—шок, рэзкае малакроўе ў выніку быўшага крывацязьня, інфэкцыя, гангрэна.

У маіх 5 выпадкаў былі:

- 1) гангрэна пасля злomu бядрыцы;
- 2) рэзкае малакроўе пасля агнястрэльнага параненьня сыцягна;
- 3) злом галёнкi з раздрабненьнем у старога 60 г.;
- 4) злом шыйкi бядрыцы ў старога 61 г.
- 5) параненьне абедзьвюх галёнак, ампутацыя абодвух сыцёгнаў.

Вытненьні і параненьні.

Усякія параненьні даюць ваганьне сьмяротнасьці паміж 2 проц. і 3 проц.; вытненьні даюць меншую лічбу (1,3 проц.), за выключеньнем больш цяжкіх контузіяў, дзе лічба павялічваецца зноў да 2-3 проц. Агнястрэльныя параненьні мірнага часу даюць да 10 проц. сьмяротнасьці (чэрап, грудзі, жывоті).

Найбольш цяжкія вытненьні мяккіх частак, звычайна множныя—даюць вылікі процант—28 проц. (Інстытут Скліфасоўскага), 33 проц. (Джыбсон).

Для ілюстрацыі, зьмяшчаю наступныя лічбы:

	Гады	Лік выпадкаў	Сьмярцей	Прог. сьмяротн.
Вытненьні наогул:				
Расія	1892	22.858	308	1,1
"	1902	34.662	574	1,6
"	1912	64.601	881	1,3
Лёгкае вытненьні:				
Расія	1892	436372	431	0,1
Цяжкае вытненьні:				
Германія	1923	37.195	1272	3
"	1924	44.699	1221	2,7
"	1925	56.876	1313	2,3
"	1926	56.034	1222	2,2
Вельмі цяжкае вытненьні (большыя выпадкі)				
Інстытут Скліфасоўскага . .	1925	67	19	29
Джыбсон	—	21	7	33
Заўсайлаў	1903	Вытненьні на чыгуны		13
Параненьні				
Лёгкае раны				
Расія	1892	44.9721	531	0,1

	Гады	Лік выпадкаў	сьмярцей	Прог. сьмяротн.
Агнястрэльныя раны:				
Расія	1902	5.435	374	7
„	1912	11.637	1.129	10
Іншыя параненьні:				
Расія	1881	—	—	2,3
„	1892	43.957	715	2,0
„ (халодн. паранен.) . .	1902	32.442	932	3
„ (інш. параненьні) . .	1902	24.082	480	2
„ (халодн. паранен.) . .	1912	57.876	1.748	3
„ (інш. паранен.) . . .	1912	54.867	1.059	2
Германія	1923	45.513	1.773	4
„	1924	45.684	1.390	3
„	1925	50.783	1.391	2,7
„	1926	52.433	1.429	2,7

Зломы.

Зломы даюць ад 3 да 3,4 проц. сьмяротнасьці, прычым неаскладненыя даюць 1,1 проц., а аскладненыя—9 проц., 12 проц. (інфэкцыя!). У Германіі сьмяротнасьць для верхняй канцавіны—ад 1 да 1,4 проц.; для ніжняй канцавіны—ад 2,1 проц. да 2,8 проц.

Зломы лагва (Германія 1923-1926 г.г.) даюць вялікую сьмяротнасьць—8,4—11 проц.

З усіх зломаў даюць найбольшую сьмяротнасьць зломы лагва і бядрыцы. *Дэйбнэр* (1927 г.) на 107 зломаў бядрыцы меў 5,6 проц. сьмяротнасьці, на 25 аскладненых зломаў бядрыцы—20 проц. *Джыбсон* зазначае 41 выпадак сьмерці пры зломах—гэта былі зломы чэрапу, рэбраў, лагва і бядрыцы.

Зломы

Расія	1881 г.	14.426 вып.	731 сьмерць	5,9 проц. сьмяротн.
„	1892 г.	76.505 „	773 „	1 „ „
„ у больніцах . . .		16.578 „	589 „	3 „ „
„ . . . 1902 г. усяго		29.709 „	991 „	3,4 „ „
простыя		22.642 „	319 „	1,1 „ „
аскладненыя		7.067 „	672 „	9 „ „
расія 1912 г. усяго . .		55.783 „	1.864 „	3,3 „ „
простыя		44.308 „	507 „	1,1 „ „
аскладненая		11.475 „	1.357 „	12 „ „
Германія 1923-1926 г.г. .				
Зломы верхн. канцавін .		83.824 „	1.063 „	1,2 „ „
Зломы ніжн. канцавін .		152.808 „	3.580 „	2,3 „ „
Зломы лагва		7.943 „	729 „	9,2 „ „

З в і х і.

Сьмяротнасьць ад зьвіхаў невялікая і бывае пераважна пры зьвіхах хрыбетніка або цяжкіх агульных параненьнях. Наогул гэтая лічба вагаецца (Расія і Германія) ад 0,04 проц. да 0,5 проц.

Расія 1881 г.	6.495	выпадакў—32	сьмерці—0,5	проц. сьмяротнасьці
„ 1892 г. у 6-цах	3.434	„ 19	„ 0,5	„ „
Расія ўсяго	36.713	„ 34	„ 0,08	„ „
Расія 1902 г. у 6-цах	5.399	„ 20	„ 0,4	„ „
Расія 1912 г. у 6-цах	8.731	„ 32	„ 0,4	„ „
Германія 1923-1926 г. г.				
зьвіхі верхн. канцавін	19.928	„ 26	„ 0,13	„ „
Зьвіхі ніжн. канцавін	17.944	„ 45	„ 0,25	„ „

Цікава падкрэсьліць тут акалічнасьць, датычную зломаў і зьвіхаў верхніх і ніжніх канцавін: і там і тут стасунак у проц сьмяротнасьці роўны 1:2 (1,2-2,3 проц. для зломаў; 0,13-0,25 для зьвіхаў)—закон значэньня паражальнай масы, які я закрану ніжэй, у разьдзеле аб запаленьнях.

Апёкі і адмарожваньні.

Апёкі, з ліку тых, якія лечацца ў больніцы, даюць сьмяротнасьць ад 4,87 проц. да 7-9 проц.; агульны-ж процант роўны 0,7. У Германіі—таксама ад 8,8 проц. да 10 проц.

У мяне было на 30 выпадкаў 2 сьмерці, г. зн. процант сьмяротнасьці—7.

А п ё к і

Расія ў 1881 г. мела	14.208	выпадакў—659	сьмярцей—4,8	проц. сьмяротн.
„ у 1892 г. у 6-цах	8.150	„ 621	„ 7,0	„ „
Усяго	153.230	„ 1.221	„ 0,7	„ „
Расія 1902 г. у 6-цах	12.295	„ 1 101	„ 9,0	„ „
Расія ў 1912 г. у 6-цах	21.530	„ 1.766	„ 8	„ „
Германія				
1923 г.	7.241	„ 737	„ 10	„ „
1924 г.	7.986	„ 781	„ 8,8	„ „
1925 г.	9.835	„ 895	„ 9	„ „
1926 г.	8.986	„ 848	„ 9	„ „

Адмарожваньні даюць у Расіі—3 проц., у Германіі—каля 2 проц. сьмяротнасьці.

Расія 1881 г.	6.155	вып.	194	сьмерць	3	проц. сьмяротн.
• 1892 г. (у б-цах)	4.777	"	155	"	3	" "
Усяго	35.975	"	272	"	0,7	" "
1902 (у больн.)	4.382	"	146	"	3	" "
1912 (у больн.)	8.099	"	238	"	3	" "
Германія						
1923 г.	1.159	"	30	"	2,5	" "
1924 г.	2.135	"	44	"	2	" "
1925 г.	1.512	"	29	"	1,9	" "
1926 г.	1.019	"	25	"	2,5	" "

Такія найбольш важныя даныя пра сьмяротнасьць ад самых цяжкіх і небясьпечных пашкоджаньняў. Каротка ўспамяну пра пашкоджаньні іншых вобласьцяў.

Пашкоджаньні твару, як відаць, не даюць хоць колькі-небудзь значнай сьмяротнасьці. Напр., у справаздачы *Джыбсона*, на 75 выпадкаў ня было сьмярцей, у мяне таксама ня было сьмярцей на 27 выпадкаў (з іх 9 зломаў касьцей, 6 агнястрэльных параненьняў, 8 іншых параненьняў, 4 апёкі).

Пашкоджаньні шыі па маім матэрыяле таксама сьмяротных выпадкаў ня далі (4 параненьні халодныя, з іх—2 перарэзкі гарляка; 2—агнястрэльныя; 1 вытненьне).

Аднак, пашкоджаньні шыі далёка не такія бязьвінныя, як гэта добра дэмонструюць лічбы некаторых больніц.

Госпіталь <i>Георга</i>	4	выпадкі паран.	1	сьмерць
Інст. Скліфасоўск.	24	"	6	"
Тамбоўская больніца 1886 г.	17	"	3	"

Пры пашкоджаньнях мачапалавых органаў па маім матэрыяле таксама ня было выпадкаў сьмерці. Калі не гаварыць пра разрывы мачавога пузыра і ныркі, аб чым я ўжо гаварыў вышэй, я назіраў 3 выпадкі разрыву ўрэтры, 3 пашкоджаньні машонкі: усе хворыя паправіліся. Такія-ж даныя сустракаем у большасьці справаздач іншых устаноў, хоць сьмерць ад аскладненьняў не выключаецца.

Заклучэньне.

Калі мы падагулім тыя даныя, якія адносяцца да сьмяротнасьці ад пашкоджаньняў, дык перш за ўсё трэба зазначыць што сярэдняя лічба гэтай сьмяротнасьці будзе—6-7 проц. З гэтага відаць, што процант сьмяротнасьці пры траўмах вышэй ся-

рэдняга процанту сьмяротнасьці хірургічных хворых. Гэта самае ясна і з іншых маіх лічбаў. У той час, як пашкоджаньні складалі 18 проц. усіх захворваньняў—сьмерці ад пашкоджаньняў складалі 25 проц. усіх сьмярцей. Усё, гэта, бязумоўна, сьведчыць аб тым, якую значную ролю адыгрываюць пашкоджаньні ў хірургічнай сьмяротнасьці.

Гутарка тут ідзе выключна аб пашкоджаньнях мірнага часу, бо пашкоджаньні ваенныя ня могуць быць уключаны сюды з прычыны зусім асобнага характару акалічнасьцяў, іх суправаджаючых: зьнясіленасьць арганізму, цяжкасьць інфэкцыі, сваяасаблівасьць падачы першай дапамогі і г. д. Аднак, калі выключыць гэтыя пабочныя моманты, дык мы заўважаем значную блізкасьць лічбаў сьмяротнасьці ваеннага і мірнага часу. Для аскладненых зломаў процант сьмяротнасьці прыблізна роўны 10 проц.; *Цокер* (1928 г.) вылічыў процант сьмяротнасьці для агнястрэльных зломаў (ваеннага часу), на падставе 25.272 выпадкаў, роўным 11 проц. Гэта падабенства, якое сьведчыць аб тым, што законы траўматычнай сьмяротнасьці аднолькавыя, ці маем мы справу з траўматычнай эпідэміяй ці з траўматычнай эндэміяй (пашкоджаньні мірнага часу), надзвычай цікава.

Пра ваенныя пашкоджаньні, з прычыны іх асаблівасьцяў, я далей гаварыць ня буду.

Пры ацэнцы ролі паасобных відаў пашкоджаньняў, мы, маючы на ўвазе зьмешчаную ніжэй табліцу, адзначаем прэвалюваньне рознага роду ран, потым апёкаў і, нарэшце, аскладненых зломаў. Іншыя-ж віды пашкоджаньняў маюць адносна меншае значэньне.

Расія (1912 г.).	На 9.207 сьмярцей ад пашкоджаньняў прыпадала на:	
авёкі	1.766	19,5 проц.
параненьні халодныя	1.748	19,5 „
аскладненыя зломы	1.357	15,5 „
параненьні агнястрэльныя .	1.129	12 „
параненьні іншыя	1.059	11,5 „
дытненні	881	9,6 „
зломы звычайныя	507	5,6 „
іншыя траўмы	490	5,0 „
адмарожваньні	238	2,0 „
зьвіхі	32	0,4 „

У ніжэй зьмешчанай табліцы падаюцца вынікі вывучэньня сьмяротнасьці ад пашкоджаньняў паасобных органаў (на падставе ўласнага і літаратурнага матэрыялу). Каротка рэзюмуючы

гэтыя табліцы, мы можам сказаць, што першае месца займаюць параненыя жывата, а другое—зломы чэрапу, хрыбетніка і пранікальныя раны грудзей, якія стаяць прыблізна на аднолькавым месцы.

Пранікальныя параненыя жывата—ад 30 да 50 проц. смяротн.		
Зломы чэрапу	25	„ „
Пранікальныя параненыя грудзей—ад 18 да 25	„	„
Зломы хрыбетніка да 20	„	„
Апёкі	7	„ „
Пашкодзаныя грудзей наогул	3	„ „
Раны розныя, вытненыя—каля	3	„ „

Якія ёсць сродкі для папярэджання гэтай смяротнасці? Зразумела, перш за ўсё—профіляктыка, г. зн. папярэджанне са-
мых траўм—цяжкіх, як цягнучых за сабою смерць, і больш
лёгкіх, якія могуць з'явіцца прычынай узнікнення інфекцыі.
Пра апошнія зараз гаварыць ня буду, бо залічаю іх у разьдзел
запальных захворванняў.

У сэнсе профіляктыкі траўм цікавыя даныя, датычныя прычын,
што выклікаюць смяротныя траўмы. Таму я змяшчаю табліцу
з германскай статыстыкі 1926 г. і 1 табліцу амерыканскую.

Германія 1926 г.

Смяротн. пашкодзаныя выкліканы:	Мужчыні	Жанчыні
Найчаснымі выпадкамі	18,2	29,8
Пераездам	20,0	17,0
Аўтамабілем	11,7	11,1
Паданьнем пры рабоце	7,5	1,0
Апёкамі	4,4	9,4
Пакаленаннямі на чыгуны	5,3	1,9
Машынамі	2,7	1,1
Электрычным токам	2,3	0,4
Трэмаем	1,4	2,0
Агнястрэльнымі параненьнямі	1,8	4,3
Параненьнямі халоднай зброяй	0,5	0,4

У штаце Канзас за апошнія 14 год на 8.922 смерці пры вы-
падковых траўмах, памерла ад: выпадковых паданьняў 2.542,
аўтамабіляў 2.118, на чыгуны 1.879, апёкаў 1.169, утапленья 1.214,
машын 414.

У асноўным, трэба назваць няшчасныя выпадкі, цяжкую пра-
мысловасць, пераезды і бойку.

Няшчасныя выпадкі, якія не стаяць у сувязі з профэсіяй,
бываюць даволі часта. Як відаць з паданых лічбаў і матэрыялаў

нашых больніц, яны так часта бываюць, што займаюць першае ці другое месца па частасьці.

Яны стаяць на першым месцы таксама і ў падрабязнай статыстыцы штату Канзас—2.542 выпадкі з агульнага ліку—8.922 сьмерці ад траўмы. У вышэйпаданай германскай статыстыцы такія няшчасныя выпадкі таксама займаюць вялікае месца (18,2 проц. у мужчын і 29,8 проц. у жанчын). Колькасць гэтых няшчасных выпадкаў будзе, зразумела, з цягам часу зьмяншацца, у сувязі з павялічэньнем культурнасьці жыцьця.

Трэба зьвярнуць увагу на зазначаны шмат кім факт, што ад няшчасных выпадкаў вельмі часта паміраюць старыя людзі. Гэта акалічнасьць (58 проц. прыпадае, згодна статыстычных даных штату Канзас, на старых 70-89 г.) сьведчыць аб двух момантах: аб малой устойлівасьці арганізму ў старыя гады і аб большай магчымасьці для такога арганізму падпасьці няшчаснаму выпадку. Апошняе абумоўліваецца стратай арганізмам здольнасьці хутка аўладаць у адпаведны ракавы момант усімі мускульнымі і іншымі прыстасаваньнямі для ўнікненьня гэтай няшчаснай выпадковасьці.

Цяжкая індустрыя дае значную лічбу. Яе ролю лёгка заўважыць, калі параўнаць сьмяротнасьць на тэкстыльных фабрыках і на мэталюргічных заводах. На тэкстыльных прадпрыемствах на 1.000 рабочых сьмерць ад траўмы (*Гарынеўская* НКТ РСФСР) у 1926 г. была роўнай 0,02, а на мэталюргічных—0,15.

З усёй колькасці шматлікіх даных я зьмяшчу вельмі пераказальныя лічбы, датычныя чыгуначнікаў СССР за 1925 г.

Траўмы разьмяшчаліся на катэгорыях наступным чынам:

Чыгуначныя майстэрні	30,48 проц.
Паравозны персонал	13,96 . .
Служба сувязі	3,15 .
Мэд. персонал	3,09 .
Станьённы персонал	2,28 .
Вышэйшы адміністрац. састаў	1,18 .

Мы назіраем далей зьмяншэньне сьмяротнасьці ад прамысловых траўм у сувязі з мерапрыемствамі па ахове працы. Калі браць за падставу статыстыку *Гарынеўскай*, дык выходзіць, што лічбы сьмяротнасьці ад прамысловых траўм за 1912 г. у 2-3 разы большыя, чым лічбы 1926 г. Сучасная прамысловасьць, якая імкнецца да максымальнай мэханізацыі прамысловых процэсаў, з уласьцівай апошняй дакладнасьцю і яснасьцю работы, павінна даць зьмяншэньне ліку цяжкіх траўм.

Трэба думаць, што лік афяр цяжкай індустрыі будзе ў больш аддаленай будучыні большым у прамысловасьці здабываючай, чым у прамысловасьці апрацоўчай. Папэраджальныя мерапрыемствы, зразумела, зьменшаць гэту сьмяротнасьць, ня гледзячы на рост прамысловасьці, і зьвязанае з ім хуткае уцягненьне ўсё новых і новых кадраў рабочых. Уздым прамысловага траўматызму перажывалі ўсе капіталістычныя краіны ў пэрыод прамысловага росквіту. Наша перавага заключаецца ў тым, што, падрыхтоўваючы плянава кадры рабочых праз ФЗШ і г. д., мы аўладаўваем гэтым патокам новых рабочых і ўносім ў яго плянамернасьць. Таму мы можам разьлічваць на зьмяншэньне цяжкіх траўм у прамысловасьці.

Яшчэ трэба адзначыць разьвіцьцё земляробчай прамысловасьці што таксама прыводзіць да павялічэньня траўм. Гэты від пашкоджаньняў заслугоўвае цяпер вялікай увагі, а ў будучыні, у сувязі з разьвіцьцём мэханізацыі земляробства набудзе, бязумоўна, вялікае значэньне, паколькі з гэтымі машынамі зьвязана праца абслугоўваючага іх пэрсоналу. Значэньне земляробчых параненьняў заключаецца, галоўным чынам, у асаблівасьці іх інфэкцыі, сярод якой інфэкцыя анаэробная і сьлупняк—адыгрываюць вельмі значную ролю. Таксама сваяасаблівымі зьяўляюцца пашкоджаньні жывёламі—капытамі каня, рагамі каровы; гэтыя пашкоджаньні павінны быць залічаны ў групу пашкоджаньняў земляробчай прамысловасьці.

Вельмі значную ролю адыгрываюць цяпер—і яшчэ большую будуць адыгрываць у будучыні—пашкоджаньні ад сродкаў перамяшчэньня. Нас, як і іншыя краіны, чакае хваля траўматычных пашкоджаньняў, зьвязаных з аўтамабільнаю справай і наогул з далейшым разьвіцьцём мэханічных сродкаў перамяшчэньня. Пра гэта я ня буду многа гаварыць, а падам толькі некаторыя лічбы. З 1919 г. да 1926 г. у Амэрыцы загінула ад аўтамабільных пашкоджаньняў 137.017 чалавек (а за Эўропэйскую вайну загінула 120.050 амэрыканцаў).

Штат Канзас

Сьмерць ад аўтамабільнаў у абсалютных лічбах:

1914 г.	36	1921 г.	154
1915 г.	45	1922 г.	171
1916 г.	100	1923 г.	213
1917 г.	112	1924 г.	149
1918 г.	134	1925 г.	235
1919 г.	116	1926 г.	237
1920 г.	164	1927 г.	253

Елецкая земская больница 1901—1905 г. г.

Бойка.	Няшчасн. выпад.	Жывёла.	Земляробч. траўмы.	Іншыя.	Усяго
251	58	61	—	7	377 галава
11	5	2	1	1	20 шыя
63	61	15	3	1	145 грудзі
6	6	7	—	—	25 живот
63	271	67	51	51	503 канцавіны
—	9	1	—	—	10 пал. орг.
410	429	155	55	67	1116

Базарна-Карабул. больница Саратаўскай губ. 1895—1901 г. г.

Бойкі і пабоі	337
Няшчасныя выпадкі	291
Ковы	228
Паданьне цяжкіх прадметаў	56
Каласы	50
Сякера	100
Нож	36 і г. д.

З гэтых лічбаў добра відаць, якое значэньне маюць у эты-
олёгіі сельскіх траўм бойка і затым жывёлы.

Падсумоўваючы ўсе матэрыялы аб генэзе траўм, можна ска-
заць, што па меры разьвіцьця нашага соцыялістычнага будаў-
ніцтва, цэлы рад прычын для цяжкіх траўм павінен будзе па-
ступова зьнікнуць і, адпаведна гэтаму, профіляктыка сьмярот-
насьці ад пашкоджаньняў цалкам супадае з тымі грандыёзнымі
мерапрыемствамі, якія ажыццяўляюцца ў нашым соцыяльным
ладзе.

Разьвіваючы нашы профіляктычныя мерапрыемствы, мы ў той
самы час павінны адшукаць спосабы беспасрэднага змаганьня з
самою сьмяротнасьцю, г. эп. лячэньня гэтых цяжкіх траўм.

Пры разглядзе галоўных прычын, якія выклікаюць сьмярот-
насьць пры траўмах, мы павінны зьвярнуць увагу на наступныя
моманты: 1) зруйнаваньне неабходных для жыцьця органаў;
2) шок; 3) крывяцязьне; 4) інфэкцыю.

У адносінах да першага пункту хірургія пакуль што нічога
ня можа зрабіць. Значнае зруйнаваньне цэнтральнай нэрвовай
сыстэмы, пашкоджаньне сэрца, зьяўленьне вялікага пнэўмото-
ракса і г. д.—спыняюць жыцьцё. Асабліва сьць таго патолёгі-
чнага процэсу, які мы называем траўмаю, заключаецца ў яго „не-
абарачальнасьці“. Пры гэтых умовах мэдычная дапамога зьяў-
ляецца бяссьільнай. Найлепшай ілюстрацыяй будзе той факт,
што шмат хворых памірае без таго, каб была зроблена спроба

лячыць іх апэрацыйным спосабам. На маім матэрыяле 44 проц. хворых былі ў такім цяжкім стане, што іх ня можна было апэраваць. Шмат іншых матэрыялаў цалкам гэта сыцвярджаюць.

Другі момант, які зьяўляецца прычынай траўматычнай сьмерці, гэта—шок: множныя вытненьні, вытненьні вялікіх паверхняў, множныя зломы—прыводзяць да шоку, які цягне за сабой сьмерць, хоць-бы і ня было пашкоджаньняў важнейшага для жыцця органу. Лік такіх сьмярцей, праўда, ня надта значны, але адносна вага шоку абмалёўваецца ва ўсёй паўнаце, калі ўзяць пад увагу, што ў якасьці лячэньня мы ўжываем апэрацыйнае ўмяшаньне, якое, само па сабе, зьяўляецца пашкоджаньнем і, напластоўваючы пашкоджаньне на пашкоджаньне, атрымліваем павялічэньне шоку, а ў выніку—сьмерць. З прычыны гэтага, нярэдка можна сустрэць погляд, што з апэрацый трэба пачакаць да таго часу, пакуль траўматык выйдзе са стану шоку. У супярэчнасьці з гэтым стаіць патрабаваньне магчыма больш раньняга ўмяшаньня. Проблема лячэньня шоку,—пасьпяховага змаганьня з ім,—зьяўляецца адной з найбольш значных проблем у хірургіі пашкоджаньняў. Розныя тэорыі і, у прыватнасьці, тэорыі выкліканыя апошняй вайной, якая дала вялізарны матэрыял для вывучэньня шоку, не далі яшчэ практычных вынікаў, і траўматычны шок да гэтага часу яшчэ не пераможаны.

Калі ў адносінах да двух найважнейшых фактараў сьмяротнасьці хірургія пакуль што бяссьільна, дык іншае трэба сказаць адносна крывацязьня і інфэкцыі. Змаганьне з апошнім упіраецца ў пытаньне магчыма больш раньняй хірургічнай дапамогі. У гэтых адносінах за апошнія часы ўстанавілася пэўнае палажэньне актыўнага лячэньня траўм і, асабліва, траўм поласьцяў і адкрытых траўм. Гэты актыўны кірунак з пэўнымі абмежаваньнямі трэба лічыць правільным шляхам, які ў далейшым належыць разьвіваць і ўдасканальваць. Прынцып спрашчэньня раны адразу стварае для будучай інфэкцыі найменш спрыяльныя ўмовы.

Такім зьяўляецца пункт гледжаньня сучаснай хірургіі, і справа толькі ў рэалізацыі гэтага палажэньня. На вялікі жаль, соцыяльны момант адстае ад клінічнага. Калі ў вялікіх гарадох існуе хуткая дапамога, дык нават у іх няма правільна арганізаванай спэцыяльнай хірургічнай экстрэннай дапамогі. Толькі ў некаторых пунктах нашага Саюзу ёсьць спэцыяльныя больніцы і інстытуты, дзе бесьперапынна дзяжураць хірургі і іншы пэрсонал, неабходны для безадкладнага ўтварэньня якой-небудзь апэрацыі;

ва ўсіх жа астатніх гарадох і паселішчах, так званая экстрэнная апэрацыйная дапамога кожны раз арганізуецца нанова, што ўрэшце няўнікальна цягне за сабой страту вельмі каштоўнага часу. Што-ж казаць пра дапамогу пазагарадзкую?

Калі лічыць у сярэднім прамежак часу да 4-х гадзін, як адзінадапушчальны ў сэнсе папярэджэння інфекцыі, дык можна сьцьвярджаць, што вялізарная большасць нашых траўматыкаў атрымліваюць неабходную дапамогу значна пазьней, калі эфектыўнасць гэтай дапамогі надзвычайна зьмяншаецца. Вывады сацыяльнага парадку з гэтага палажэння зразумелыя і не патрабуюць далейшага разьвіцця. Пункты першай дапамогі на прадпрыемствах, набліжэнне хірургічнай дапамогі да насельніцтва—вось у чым зарука таго, што інфекцыя траўматычнага паходжаньня будзе спыненая. Але гэтыя мерапрыемствы зьяўляюцца толькі пачаткам тэй вялізарнай работы, якую яшчэ трэба зрабіць у сэнсе набліжэння да насельніцтва хірургічнай дапамогі і разьвіцця сродкаў зносін, дазваляючых перамагаць адлегласьці.

3. Запаленьні.

Агульная частка.

Выявіць сумарныя лічбы, якія ахаплялі-б запальныя процэсы і сьмяротнасьць пры іх, значна цяжэй, чым у адносінах да траўматычных захворваньняў, бо даных адносна першых амаль няма ў літаратуры. Запаленьні падзяляюцца на захворваньні паасобных органаў і амаль няма ніводнае справаздачы, дзе-б гаварылася пра іх наогул. Таму мне даводзіцца базавіцца галоўным чынам на ўласным матэрыяле.

Агульная колькасьць запальных захворваньняў у мяне была 2.153, што на 6.107 выпадкаў складае 35 проц. У справаздачах *Більрота* на 9.500 выпадкаў было 3.061 выпадак запаленьня, г. зн. 32 проц. Магу паказаць яшчэ на такія даныя аб процантных адносінах запаленьняў да агульнай колькасьці захворваньняў: Тамбоўская больніца—на 3.717 хворых—35 проц.; Абухаўская больніца—на 8.199 хворых—29,8 проц.; Елецкая больніца—на 2.480 хворых—24 проц.; *Дзьяканаў*—на 684 хворых—27 проц. Гэта дазваляе мне зрабіць вывад, што запаленьні складаюць каля $\frac{1}{3}$ часткі ўсіх больнічных хірургічных захворваньняў.

Некаторае ўяўленьне пра параўнальную колькасьць паасобных запальных захворваньняў дае ніжэйзьмешчаная табліца.

Германія	1923 г.	1924 г.	1925 г.	1926 г.
Запаленыя скуры	79.118	86.101	90.416	91.907
Пэрытоніты	12.436	12.863	15.842	15.502
Апэндыцыты	87.842	110.025	147.334	156.614
Пляўрыты	18.616	18.276	19.949	19.737

Далей я зьмяшчаю даныя пра ўдзел „запаленьняў“ у захворваньнях паасобных частак цела і органаў майго стацыянарнага матэрыялу.

Па колькасьці (проц.) запаленьняў органы і вобласьці могуць быць разьмешчаны ў такім парадку:

Чарванаты адростак . . .	100 проц.	усіх захворваньняў гэтага органу			
Жоўцевыя шляхі . . .	85	„	•	„	„
Грудзі	57	„	„	„	„
Мачапалавыя органы . .	50	„	„	„	„
Хрыбетнік	43	„	„	„	„
Шыя	40	„	„	„	„
Ніжн. канцавіна . . .	35	„	„	„	„
Кішочнік	30	„	„	„	„
Твар	30	„	„	„	„
Верхн. канцавіны . . .	23	„	„	„	„
Кутніца	10	„	„	„	„
Чэрап	4	„	„	„	„
Страўнік	3	„	„	„	„

Выявіць агульны процант сьмяротнасьці пры запальных захворваньнях наогул цяжка, з прычыны меркаваньняў, паказаных намі вышэй: адсутнасьці лічбаў, датычных усёй групы запальных захворваньняў. Але апрача таго, ёсьць яшчэ рад далейшых цяжкасьцяў. Напр., у адносінах да хронічных запальных захворваньняў вызначыць проц. сьмяротнасьці надзвычайна цяжка. Рад гэтых захворваньняў у галоўнай сваёй масе знаходзіцца ў веданьні ўнутранай клінікі. Калі частка гэтых хворых падпадае хірургічнаму лячэньню, дык няма звычайна ўстойлівага крытэрыю для параўнаньня сьмяротнасьці пры хірургічным лячэньні са сьмяротнасьцю пры тэрапэўтычным лячэньні. Далей, рад запальных процэсаў комбінуецца з іншымі захворваньнямі такім чынам, што нам цяжка сказаць, што зьяўляецца ў гэтым комплексе прэвалюючым. Усе гэтыя цяжкасьці прыводзяць да таго, што даць у гэтай групе захворваньняў такія поўныя лічбы, як гэта зроблена ў разьдзеле пра траўмы, амаль немагчыма.

У мяне на 2153 выпадкі запаленьня было 82 сьмерці, што складае 3,8 проц. Такім чынам, мы бачым, што процант сьмя-

роўнасьці ад запаленьняў наогул меншы, як ад пашкоджаньняў амаль у два разы. У *Більрота*—ад запаленьняў—на 3.601 выпадак—загінула 288 хворых, г. зн. 8 проц. Пры гэтым у першы пэрыод яго дзейнасьці процант быў роўны 12, а ў другі—7,6.

Больш падрабязны аналіз у мяне ёсьць адносна 57 выпадкаў. З іх на долю запаленьняў брышыны прыпадае—26 выпадкаў, г. зн. амаль палавіна, а калі сюды дадаць яшчэ сьмерці ад пляўрытаў—10—дык атрымаецца, што 36 выпадкаў залежала ад гнойнага запаленьня сэрózных абалонак вялікіх поласьцяй. Такім чынам, іх важная роля ў сьмяротнасьці ад запаленьняў зусім ясная. Яшчэ ў мяне было 10 выпадкаў сэпсісу (канцавіны) і 7 выпадкаў сьмерці ад розных тубэркулёзных захворваньняў. З гэтых трох вялікіх груп, такім чынам, складаецца асноўная лічба сьмяротнасьці пры хірургічных запальных захворваньнях.

З прычыны адсутнасьці агульных лічбаў, я лічу неабходным спыніцца на тых групах, якія пераважна даюць сьмяротныя вынікі. Сюды належаць: запаленьні сэрózных абалонак поласьцяй—пэрытоніт, пляўрыт; абсцэсы ўнутраных органаў; запаленьні ўнутраных органаў; гнойныя захворваньні касьцей і суставаў; нагнаеньні мяккіх частак; піэмія і септыцэмія; са спэцыфічных інфэкцый—тубэркулёз.

Запаленьні сэрózных абалонак вялікіх поласьцяй.

(пэрытоніт, пляўрыт).

Агульныя статыстычныя даныя не даюць правільнага ўяўленьня пра процант сьмяротнасьці ад пэрытонітаў—бо там мы маем значную колькасьць пэрытонітаў лагвовых—гінэколёгічных, якія працякаюць інакш, як хірургічныя дыфузныя пэрытоніты.

Вось лічбы Расіі, Германіі.

Расія	1902 г.	На 5.045 выпадкаў	1.498 сьмярцей—30 проц.
"	1909—1910 г. г.	„ 14.666 пэрытонітаў	„ —37 „
"	1912 г.	„ 8.880 „	„ 3.276 „ —37 „
Германія	1923 г.	„ 12.436 „	„ 3.572 „ —30 „
"	1924 г.	„ 12.862 „	„ 3.697 „ —28 „
"	1925 г.	„ 15.842 „	„ 4.116 „ —26 „
"	1926 г.	„ 15.502 „	„ 4.268 „ —29 „

* Калі ўзяць лічбы сьмяротнасьці ад пэрытонітаў у хірургічных аддзяленьнях, дык тут мы атрымаем значна большыя лічбы. Ад 1900 г. да 1914 г. гэтыя лічбы характарызуюцца так:

	Лік вы- падкаў	Проц. сьмярцей
<i>Грэкаў</i>	758	61
<i>Сокалаў</i>	174	85
<i>Гіршэль</i> ,	428	60
<i>Місай</i>	437	63
<i>Бондараў</i>	—	70
<i>Залого</i>	—	70

У рабоце сваёй 1910 г. я на 2.470 выпадкаў пэрытонітаў мог налічыць 1.413 выпадкаў сьмерці, г. зн. процант сьмяротнасьці быў роўны 60, што і можна лічыць сярэдняй лічбай для таго часу.

У апошнія гады сярэдняя лічба меншая: мы сустракаем, праўда, лічбы ў 62 проц. (*Джыбсон*); 50 проц. (справаздача больніцы імя Дастаеўскага 1925 г.),—але побач з гэтым—39 проц. (*Спасакукоцкі*), 35 проц. (*Гурэвіч*), 28,3 проц. (*Чарэпнін*) нават 10 проц. (*Юдзін*). Малы процант сьмяротнасьці можа тлумачыцца як малай колькасьцю выпадкаў, так і тым, што іменна аўтар называе „агульным пэрытонітам“.

Мой матэрыял і вынікі даюць, як відаць, сярэдняю лічбаю для данага адрэзку часу:

Пэрытоніты па глебе:	Лік вы- падкаў	Лік сьмярцей
параненьня страўніка	2	1
пэрфоратыўнай язвы страўніка	24	7
„ „ страваходу	1	1
пашкоджаньня печані і іншых органаў	3	3
„ кішак	14	8
пэрфоратыўнай язвы кішак	3	3
„ ракавай язвы	1	1
непраходнасьці і пухліны	2	2
апэндыцыту	93	15
	143	41 (28,6 проц.)

Калі падлічыць мае даныя без апэндыцытаў, дык мы атрымаем: на 50 выпадкаў—26 сьмярцей, г. зн. 52 проц. Аднак, вельмі важна ведаць ня толькі сумарныя лічбы, але і процант сьмяротнасьці пры паасобных формах пэрытоніту.

Я падаю наступную складзеную мною табліцу:
Табліца сьмяротнасьці пры апэрацыйным лячэньні пэрытонітаў (1910—1924 г. г.).

Этыолёгія	Лік выпадкаў	Процант сьмяротнасьці
Апэндыцыт	887	42,7
Язва страўніка	1.117	60
Тыфусовая язва	967	78
Траўма	625	60
Агнястрэлы, пашкоджаньні страўнічна-кішочн. тракту	2.031	58
Крыптогенэтычн. паходжаньня (дыплёкокавыя, пізёмокавыя, грыпозн.)	475	64,5
Пэрытоніт бяз яснай этыолёгіі	135	87

Пэрытоніты апэндыкулярныя. У 1910 г. я на 1.698 пэрытонітаў мог вылічыць сьмяротнасьць—у 49 проц.; пры гэтым у шмат якіх іншых аўтароў былі і лепшыя вынікі—17 проц.—20 проц.—33 проц. сьмяротнасьці. *Грэкаў* у 1912 г. дакладаў пра 42 проц. сьмяротнасьці на 101 выпадак; цяпер мы маем 23 проц. (*Валькані* 1928 г.), 20,9 проц. (*Джыбсон* 1927 г.), 13 проц. (*Холін* 1924 г.) і г. д. Мой матэрыял—93 выпадкі—дае 16 проц. сьмяротнасьці.

Агульная лічба сьмяротнасьці пры пэрфоратыўнай язве страўніка да 1924 г. была роўная—60 проц.; пасля 1924 г.—на падставе 688 выпадкаў у 13 аўтароў—яна роўная—40 проц. Аднак, гэта сярэдняя лічба, як відаць, адносна вялікая, бо ў гэту статыстыку ўваходзяць і нешматлікія выпадкі з вялікай сьмяротнасьцю (клініка *Разумоўскага*—78,5 проц.; больніца імя *Дастаеўскага* 1925 г.—4 выпадкі—75 проц. і г. д.). Калі ўзяць толькі вялікія лічбы (вышэй 30), тады выходзіць—33 проц., а ў некаторых аўтароў гэты процант яшчэ менш.

<i>Джыбсон</i> 1927 г.	112	выпадак	19	проц.
<i>Вільліх</i> 1928 г.	70	"	28,6	"
<i>Вольф</i> 1929 г.	55	"	21	"
(75 проц. опэравана ў першыя гадзіны).				
<i>Красінцаў</i>	123	"	24,4	проц
Мой матэрыял.	34	"	29	"

Пры пэрфорацыі кішачных язваў, у тым ліку брушна-тыфусовых, пэрытоніты давалі вельмі вялікую сьмяротнасьць—78 проц. (*Лібэрмейстэр*); 74 проц. (*Нэтцэль*); 72 проц. (*Кертэ*); 73,9—76,5 проц. (*Герстэр*); мая зборная статыстыка—76 проц.; і цяпер вынікі ня лепшыя. У мяне ў клініцы памерла 4 чалавекі такіх хворых; усе былі опэраваны.

Пэрытоніты на глебе пэрфорацыі жоўцевага пузыра. У 1910 г. я даваў лічбу—50 проц.; *Герстэр* дае лічбу 66,6 проц.; *Грэкаў*

у 1912 г.—50 проц. За апошнія гады на 111 выпадкаў я мог налічыць розныя лічбы ад 31 проц. да 52 проц.; значыць мы маем тут невялікае зьмяншэнне.

Траўматычныя пашкоджанні кішак і іншых органаў брушной поласці даюць таксама вельмі цяжкія пэрытоніты—пра гэта гл. у разьдзеле аб пашкоджаннях брушной поласці. *Грэкаў* (1912 г.) дае лічбу ад 42 проц. да 86 проц., цяпер мы маем да 55 проц. Агнястрэльныя ваенныя параненьні даюць 66 проц. (*Шмідэн*), 75 проц. (*Грэфэнбэрг*), 56 проц. (*Эндэрлен*), 49 проц. (*Краске*), у сярэднім—58-60 проц. Аднак ёсьць лічбы і ў 40 проц. (*Мартэнс*) і нават 30 проц.

Такім чынам, і тут ёсьць зьмяншэнне, хоць і невялікае. Гэтыя лічбы, узятая мною для прыкладу, сьведчаць аб тым, што пры адных пэрытонітах мы маем значнае зьмяншэнне процанту сьмяротнасьці, пры другіх—зьмяншэнне малое, або яго зусім няма. Гэты факт прымушае шукаць тлумачэньня. Як відаць, большае зьмяншэнне даюць тыя пэрытоніты—пэрфарацыя язвы страўніка, апэндыцыт,—якія ў першыя гадзіны, звычайна, не зьяўляюцца вельмі вірулентнымі; даюць малое зьмяншэнне тыя пэрытоніты, дзе вірулентнасьць выяўляецца бурна ўжо з самага пачатку—напр., кішочнік. Адсюль вывад: наш посьпех у змаганьні з пэрытонітам і да гэтага часу засноўваецца больш на тым, што мы папэраджаем яго шырокае разьвіцьцё, чым на тым, што мы ўмеем сапраўды змагацца з пэрытонэальнай інфэкцыяй.

Я лічу патрэбным зьвярнуць увагу на ўспамінаньня ў літаратуры—пра сьмяротнасьць ад пэрытоніту—малыя лічбы, бо яны падаюць надзею на тое, што магчымым зробіцца самае змаганьне з пэрытонітам. Напр. *Макры* (1927 г.) на 45 апэрацый пры пэрытоніце меў 9,3 проц. сьмяротнасьці: ён тлумачыць гэта ўжываньнем антытоксычнай сываткі.

Гнойныя пляўрыты даюць сьмяротнасьць значна меншую, як пэрытоніты, але ўсё-ж ткі не малую, і вывучэньне прычын гэтай сьмяротнасьці заслугоўвае, бязумоўна, увагі.

У абсалютных лічбах лік паміраючых ад пляўрытаў не малы; трэба, аднак, мець на ўвазе, што ў зьмешчаных ніжэй лічбах—ёсьць значная доля і іншых пляўрытаў, ня толькі гнойных. У Германіі за 1923—1926 г. г. штогадова памірала ад пляўрытаў больш 1500 чалавек. У Італіі ад пляўрытаў памерла: у 1924 г.—2.947 чалавек; у 1925 г.—3.190 чал.; у 1926 г.—3.042 чал. Трэба мець на

ўвазе разьмеркаваньне гэтай сьмяротнасьці па ўзрастах, як гэта відаць з табліцы, што падаецца:

Проц. сьмяротнасьці ад пляўрытаў па ўзрастах:

да 1 г.—5,3 проц.; да 10 г.—21,4 проц.; 10—20 г.—7,5 проц.; 20—40 г.—17,8 проц.; 40—60 г.—20,7 проц.; больш 60—24,9 проц.

Агульны процант сьмяротнасьці можна бачыць з лічбаў дзяржаўнай статыстыкі, памятаючы, зразумела, што тут гаворыцца пра пляўрыты ня выключна гнойныя:

Германія 1923 г.	—18.616 выпадкаў	—8,2 проц.	сьмяротнасьці
„ 1924 г.	18.276	7,0	„
„ 1925 г.	19.849	6,8	„
„ 1926 г.	19.797	6,8	„

Гнойны пляўрыт дае вельмі вялікую сьмяротнасьць, асабліва у дзіцячыя гады, як гэта добра відаць з лічбаў *Краснабаева* і *Віленскага*.

Краснабаеў

Узрост	Лік выпадкаў	Проц. сьмяротнасьці
0—1	51	56,8
1—4	162	33,9
4—9	96	19,8
9—12	44	11,3

Віленскі

да 1 году	—	70
да 2 год	—	50

Удзел дзяцей значна павялічвае проц. сьмяротнасьці. Такім чынам, найбольшая сьмяротнасьць бывае ў тых аўтароў, якія маюць справу з дзецьмі.

<i>Краснабаеў</i>	145 выпадкаў	24,8 проц.	сьмяротнасьці
<i>Гайле</i>	— „	50,0	„
<i>Раймольд</i>	71 „	38,0	„
<i>Віленскі</i>	— „	28,0	„

Трэба мець на ўвазе яшчэ адзін момант: бактэрыолёгічную характарыстыку пляўрыта. Напр., паводле даных *Краснабаева* і *Вітфэльда* стрэптокакавая эмпіэма давала 35,3-35,7 проц. сьмяротнасьці

Стафілёкакавая	эмпіэма	давала	14,3 проц.	сьмяротнасьці
Мяшаная	„	„	25—42,3	„
Дыплёкакавая	„	„	7—28,6	„
Пнэўмокакавая	„	„	5	„

Маючы на ўвазе ўсе гэтыя папраўкі, карыстаючыся статystыкамі, дзе дзеці не складаюць галоўнага элементу, мы атрымаем такія лічбы: мінімум 13 проц., максымум—31 проц., сярэдняя—20 проц. *Негелі* (клініка *Гарэ*) дае з 1894 г. да 1919 г. на 164 выпадкі—19,5 проц. сьмяротнасьці. Для больш новых статystык—мінімум—0, максымум—24 проц., сярэдняя—10,5 проц. *Оратор* (1930 г.) дае лічбу—20 проц. Зразумела, я паўтараю, што лічбы гэтыя толькі прыблізныя, і пры пэўных умовах яны могуць павялічыцца. Напр., у справаздачы клінікі *Мартынава* гаворыцца пра 20 проц. сьмяротнасьці, але справа ідзе пераважна аб агнястрэльных параненьнях. Я лічу характарнымі напр., лічбы *Джыбсона* (вялікая амэрыканская больніца): у яго з 1912 г. да 1919 г. на 84 выпадкі было 14,6 проц. сьмяротнасьці, а з 1919 г. па 1927 г.—на 134 выпадкі—9,6 проц.

Што-ж гэта за фактары, якія далі (будзем дзеля асьцярожнасьці гаварыць некаторае) зьмяншэньне сьмяротнасьці.

Першым і галоўным фактарам зьяўляецца сваячасовасьць умяшаньня. Для ілюстрацыі гэтага паложэньня я вазьму свой матэрыял. У мяне на 53 выпадкі—10 сьмярцей—20 проц. сьмяротнасьці. Але з гэтых 10 сьмяротных вынікаў 6 разоў сьмерць была рэзультатам выключна запусчанасьці выпадкаў; 4 дзяцей было прыведзена ў безнадзейным стане і нават ня можна было спадзявацца на жыцьцё (дзеці ўзростам да 4 год., пасля 5-8 тыднёвага кансэрватыўнага лячэньня); 2 дарослых таксама знаходзіліся ў вельмі цяжкім запусчаным стане. Ці памерлі гэтыя хворыя на пляўрыты ад таго, што ім была зроблена апэрацыя? Зразумела, не. Гэта здарылася выключна ад запусчанасьці хваробы. Адкінуўшы гэтыя 6 сьмярцей, у нас застаецца 4 сьмерці на 47 выпадкаў, г. зн. 9 проц.

Такім чынам, і тут мы адзначаем важнасьць сваячасовага ўмяшаньня. Пры гнойным пляўрыце гэта задача, праўда, цяжэй, чым пры пэрытоніце: ня толькі вельмі позьняе, але таксама і вельмі раньняе ўмяшаньне можа зьявіцца для хворага раковым. Аднак, ясна, што прынцып сваячасовасьці цалкам застаецца ў сіле і тут.

Другім фактарам зьяўляецца мэтад лячэньня—гэта замена, хоць бы частковая, адкрытага спосабу лячэньня закрытым. Напр., паводле матэрыялаў раду аўтароў, пры параўнальным правядзеньні, адкрыты спосаб даваў да 37 проц. сьмяротнасьці, а закрыты—8-20 проц. *Крымаў* меў сьмяротнасьць—пры адкрытым спосабе—28,6 проц., пры закрытым—9 проц. *Турна* на 2.447

выпадкаў, лечаных адкрыта, меў 23,6 проц. сьмяротнасьці, на 1.026 закрытых—10 проц.

Такім чынам, калі пры пэрытоніце наша ўзьдзеяннiчаньне вельмі простае, дык неабходнасьць выбару і iндывiдуальнага, падыходзячага для данага выпадку, спосабу лячэньня робiць цяжэйшай справу пры гнойным пляўрыце.

Запаленьнi (абсцэсы) унутраных органаў.

Запаленьнi ўнутраных органаў у выглядзе абсцэсаў, гангрэны і г. д.—даюць таксама вельмі вялікую сьмяротнасьць, і наша змаганьне з iмi да гэтага часу, хоць і далёка не безнадзейнае, але не дае вельмі вялікага рэзультату. Цяжкасьці дыягностыкі і цяжкасьці доступу да абсцэсаў унутраных органаў зьяўляюцца ў гэтых адносінах значнаю перашкодаю.

Абсцэсы мазгоў карыстаюцца заслужанай, плахою славай. У залежнасьці ад iх паходжаньня і разьмяшчэньня, яны даюць, зразумела, і розную сьмяротнасьць—яна даходзіць да $\frac{2}{3}$ выпадкаў. Бэк (1927 г.) меў на 99 выпадкаў абсцэсаў мазгоў—66 проц. сьмяротнасьці.

На падставе асабістай практыкі з агнястрэльнымі параненьнямі чэрапу і абсцэсамі пасьля iх, я магу толькі далучыцца да спадзяваньня пра надзвычайную цяжкасьць такіх абсцэсаў.

У апошні час, для зьмяншэньня гэтай сьмяротнасьці, спрабуюць лячыць абсцэсы мазгоў пiункцыямi (Спасакукоцкі, Колеман і iншi). Так, Колеман (1929 г.) на 14 выпадкаў пiункцыі меў толькі 2 сьмерці.

Абсцэсы лёгкіх. Гарэ (1903 г.-1912 г.) даў у свой час такія лічбы: на 182 абсцэсы лёгкіх—17,5 проц. сьмяротнасьці, і на 281 выпадак гангрэны лёгкіх—29,3 проц. сьмяротнасьці. Статыстыка Гарэ наўрад ці зьяўляецца правільнай: яна аб'ядноўвае, як відаць, толькі добрыя выпадкі, таму што наступныя лічбы аўтароў большыя. Так, Кісьлінг на 120 выпадкаў указвае 40,8 проц. сьмяротнасьці.

Відаць, для данага моманту трэба лічыць паказальнымі лічбы Заўэрбруха (1920 г.)

На 19 выпадкаў вострых абсцэсаў лёгкіх—16,3 проц. сьмяротнасьці.

"	53	"	хронічных	"	"	38	"	"
"	37	"	гангрэны лёгкіх	"	"	51,3	"	"

Лічбы 13 аўтароў даюць для гнойных процэсаў у лёгкіх за апошнія гады мінімум—22,7 проц.; максымум—52 проц.; сярэд-

ня—28 проц. Апокін у сваім дакладзе (1926 г.) вывеў сярэднюю сьмяротнасьць у 32 проц; як відаць, 28—32 проц. становяць сабой у сучасны момант шуканую лічбу.

У мяне было 4 выпадкі, 2 хворых загінулі: адзін (гангрэна лёгкага) ня быў апэраваны з прычыны цяжкасьці выпадку і памёр; другі хворы памёр пасля апэрацыі.

Нарывы селязёнкі даюць лепшы прогност, як нарывы печані. Даныя 5 аўтароў (128 выпадкаў) даюць для нарываў селязёнкі—20 проц. сьмяротнасьці, для нарываў печані—55 проц. *Окіншэвіч* на 106 выпадкаў нарываў печані меў 41,6 проц. сьмяротнасьці.

Вельмі цяжка працякаюць таксама вострыя запаленьні падстр. залозы (гемораг. запаленьні, абсцэсы і г. д.) Даныя раду аўтароў (на 519 выпадкаў—230 сьмярцей) даюць сьмяротнасьць у 46 проц.

Апэндыцыт. Апэндыцыт цяпер дае невялікі процант сьмяротнасьці: аднак, гэта не датычыць вострых выпадкаў, дзе процант сьмяротнасьці не малы. З прычыны таго, што абсалютны лік апэндыцытаў вялікі, дык і малы процант сьмяротнасьці ў выніку зьяўляецца значнаю абсалютнаю лічбай. Лічу патрэбным заўважыць, што ад апэндыцыту людзі паміраюць у лепшыя гады свайго жыцця: ва ўзросьце да 40 год наўрад ці ня столькі памірае штогадова ад апэндыцыту, колькі ва ўзросьце старэй 40 год—ад раку. Пэўны процант гэтых сьмярцей няўнікальны, з прычыны вялікай цяжкасьці інфэкцыі і пэрытоніту, які пры гэтым далучаецца. Але большая частка гэтых сьмярцей магла-б быць унікнута калі-б не паводзіны хворых, якія сваячасова не згаджаюцца на апэрацыю, і раду ўрачоў, якія яшчэ не прасякнуліся ідэяй неабходнасьці раньняй апэрацыі. Такім чынам, у гэтай галіне хірургам ня можна складаць рук, неабходна, як і раней, змагацца, што ўжо дало значныя вынікі. Усё сказанае я магу ілюстравалі некаторымі лічбамі.

Абсалютна вялікай лічбы апэндыцыт сабою не становіць. На ўсю колькасьць наогул захворваньняў апэндыцыт складае 0,3 проц.; на колькасьць хвароб страўнічна-кішочных—2 проц.; у Менску—2,3 проц.; у Віцебску—3,9 проц. (*Смулевіч*).

Але лік апэндыцытаў у хірургічнай больнічнай практыцы вельмі вялікі, як гэта відаць з наступных лічбаў:

<i>Марцінаў</i> (за 15 год)	6.164 хворых	15 проц. апэндыцытаў
<i>Штых</i>	31.136	10 проц. . .
<i>Пэтрэн</i>	12.144	15 проц. .
<i>Джыбсон</i>	20.600	8 проц. .
Інстытут імя Скліфасоўскага, 1925 г.	2.526	20 проц. .
(на 561 экстраную апэрацыю—188 вострых апэндыцытаў)		

Такім чынам сярэдні проц.—12.

У мяне на 6.107 хворых было 837 выпадкаў апэндыцыту, г. зн проц. роўны 14.

Для ілюстрацыі абсалютнай лічбы сьмярцей пры апэндыцыце можна прывесці такія даныя:

Германія	■	1923	год	. . . . .	2.030	сьмярцей
„	„	1924	„	. . . . .	2.270	„
„	„	1925	„	. . . . .	2.582	„
„	„	1926	„	. . . . .	2.807	„
Італія	„	1924	„	. . . . .	1.213	„
„	„	1925	„	. . . . .	1.340	„
„	„	1926	„	. . . . .	1.440	„

Вельмі пераканальныя далей лічбы Германіі з процантам сьмяротнасьці, роўным 2.

<i>Германія</i>	Выпадакў апэндыцыту	Выпадакў сьмерці	Прец. сьмя- ротнасьці
1923 г.	87.842	2.030	2,3
1924 г.	110.025	2.270	2
1925 г.	147.334	25.82	1,8
1926 г.	156.614	28.07	1,8

Большыя лічбы сьмяротнасьці крыху большыя з прычыны з'яўленьня ў хірургічных аддзяленьнях больш цяжкіх выпадкаў.

Сярэдняя лічба сьмяротнасьці наогул пасьля апэндыцыту на падставе назіраньняў 15 аўтароў (агульная колькасьць выпадкаў—18.337)—2,9 проц.; востры апэндыцыт дае сярэдняю лічбу—6,3 проц.; хронічны—0,4 проц. Гэтыя лічбы, як заснаваныя на вельмі вялікім абсалютным ліку, можна лічыць характэрнымі сучасную сьмяротнасьць ад апэндыцыту ў хірургічных аддзяленьнях.

Зразумела, ёсьць лічбы меншыя і большыя за сярэднюю. Тыя лічбы, якія крыху вышэй сярэдняй (напр. *Гец і Дзюрман*—амэрыканскія лічбы—пры вострым апэндыцыце—7,2 проц.) зьяўляюцца звычайнымі; але спыняюць увагу іншыя лічбы, як напр. *Геры* (1926 г.)—1.352 выпадкі вострага апэндыцыту—15 сьмярцей—каля 1 проц. сьмяротн., або *Гольст* (1927 г.)—1.832 выпадкі вострага апэндыцыту—57 сьмярцей—каля 3 проц. сьмяротнасьці.

Мой матэрыял зусім адпавядае гэтым агульным лічбам: у мяне было выпадкаў:

опэраваных—693—15 сьмярцей—2,1 проц. сьм.	
неопэраваных—144— 4 „ —2,8 „ „	
Усяго—837—19 сьм. —2,2 „ „	

Адны вострыя апэндыцыты—186 опэрацый—далі 15 сьмярцей, г. зн. 8 проц.

Агульная дынаміка процанту сьмяротнасьці пры апэндыцыце да пэўнай ступені можа быць ілюстравана наступнай табліцай.

Агульная сьмяротнасьць пры апэндыцыце:

Аўтар	Год	Лік выпадкаў	Прог. сьмя- ротнасьці
<i>Валь</i> . .	Да 1890 г.	55.891	6,6
	1890—1900 г.		7,8
<i>Салі</i> . .	1895	7.213	9,6
<i>Валь</i> . .	1900—1908		6,5
<i>Зонэнбург</i>	1908—1911	1.183	4,9
<i>дэ Кервэн</i>	1908—1912	6.116	8,1
<i>Кюмэль</i> .	1912	4.000	5,8
<i>Кеніг</i> . .	1916-1921	1.353	6,8
<i>Гразэр</i> .	1919	—	5,6
<i>Гольст</i> .	1927	2.481	2,46
<i>Розанаў</i> .	1911—1924	4.193	2,3
<i>Рубаноў</i>	1924—1929	837	2,2

Такія-ж самыя вывады можна ілюстраваць і іншымі данымі. Паводле *Страсбургера* без опэрацыі памірае да 10 проц. і больш выпадкаў апэндыцыту. *Бярозкін* констатаваў, што ў 1901 г. процант сьмяротнасьці ад вострага апэндыцыту быў роўны 10. *Баўэр* меў у 1896—1907 г. г.—6 проц. сьмяротнасьці, а за апошні час—1,2 проц. *Ністрэм* 1900—1905 г. 9 проц., а ў 1916—1918 г., 1,06 проц.

Расія на ўсю колькасьць хворых на апэндыцыт дала ў 1902 г.—6,5 проц. сьмяротнасьці, а ў 1912—3,4 проц.

Нарэшце, цікавы назіраньні паасобных асоб і пунктаў.

Дэрфлёр (Германія) з 1895 да 1905 г. дабіўся зьмяншэньня сьмяротнасьці з 18 проц. да 5,5 проц. Паводле *Эсэн* (Базэль) сьмяротнасьць ад апэндыцыту з 1901 г. да 1925 г. зьменшылася (у абсалютных лічбах) з 57 да 35—у мужчын і ад 35 да 27—у жанчын—за год.

Якім шляхам дасягнута гэта зьмяншэньне? Галоўным чынам увядзеньнем раньняга хірургічнага лячэньня. Гэта можна да-весці, між іншым, тымі лічбамі, якія гавораць пра сьмярот-

насыць, атрыманую пры опэраваньні ў розныя дні хваробы. *Салі* (1895 г. статыстыка Швэйцарыі) меў на 7.213 апэндыцытаў агульны процант сьмяротнасьці—9,6 пры такім становішчы: 94 проц. лечаных консэрватыўна і 6 проц.—опэрацыйна.

дэ Кервэн атрымаў пры опэрацыі

на 1 дзень—	1.723	выпадкі—	0,69	проц	сьмяротнасьці
на 2 „	— 1.389	„	— 4,7	„	„
на 3 „	— 788	„	— 10,7	„	„
на 4 „	— 1.197	„	— 21,2	„	„

Такія-ж іншыя лічбы сьмяротнасьці пры опэрацыі ў процантах:

Аўтар	Лік выпадакў	I суткі	II суткі	III суткі
<i>Зоңэнбург</i> .	565	1,8	4,6	1,5
<i>Мак Уільямс</i>	1411	1,6		
<i>Мюзам</i> . .	—	3,2	3,2	14,4
<i>Розанай</i> . .	328	2,4	18,2	33,3
<i>Рубашоў</i> . .	—	0,75	4,0	33

Аналізуючы свае сьмяротныя выпадкі, я знаходжу, што з не-опэраваных было:

3 безнадзейныя пэрытоніты;

1 дыягностычная памылка (ня быў пазнаны апэндыцыт); з опэраваных: 3 вельмі цяжкія выпадкі;

12 прывезены позна (запушчаныя выпадкі).

Пэўны інтарэс мае пытаньне пра пасьляопэрацыйную сьмяротнасьць пры хронічным апэндыцыце, г. зн. пры опэрацыі ў халодным пэрыодзе: ніжэйзмешчаная табліца дае аб гэтым уяўленьне.

Сьмяротнасьць пры хронічным апэндыцыце:

<i>Розанай</i> (да 1925 г.)	.	.	.	.	0,7 проц.
„ з 1925 г.	2.060	выпадакў	.	.	0 „
<i>Штых</i>	562	„	.	3 сьмерці	0,5 „
<i>Джыбсон</i>	773	„	.	7 „	0,9 „
<i>Гольст</i>	222	„	.	1 „	0,5 „
Інстытут Скліфасоўск.	320	„	.	0 „	0 „
Больніца імя Даста- еўскага (1925 г.)	304	„	.	0 „	0,0 „
Бабух. больніца 1924 г.	289	„	.	1 „	0,4 „
<i>Спасакукоцкі</i>	494	„	.	0 „	0,0 „
<i>Юдзін</i>	412	„	.	1 „	0,2 „
<i>Рубашоў</i>	651	„	.	0 „	0,0 „
<i>Каган</i> (кл. Пятрова)	450	„	.	4 „	0,9 „
		6537			17
					0,25 проц.

Нельга не зазначыць таго, што некаторыя хірургі паказваюць на павялічэнне сьмяротнасьці ад апэндыцыту, у сувязі з шырокім распаўсюджваньнем апэрацыйнага мэтаду яго лячэньня—пра гэта гл. у разьдзеле аб павялічэньні пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці. Тут ■ ўспамяну пра погляды аўтароў, падкрэсьліваючых правільнасьць вялікага консэрватызму ў пытаньні лячэньня апэндыцыту. Адны ня бачаць асаблівых пераваг ад ажыццяўленьня прынцыпу раньняй апэрацыі. *Гольст* (1927 г.) падае такія лічбы: на 436 выпадкаў лечаных тэрапэўтычна—3 сьмерці—0,7 проц.; на 1.823 выпадкі апэраванья—57 сьмярцей—3,1 проц. Але пытаньне ў тым, якія выпадкі лячыліся консэрватыўна, ці не найбольш лёгка?

Другі момант такі: ажыццяўляючы ідэю раньняй апэрацыі, некаторыя аўтары лічыць, што ў позьняй стадыі, калі ўжо разьвіўся пэрытоніт, мы павінны быць консэрватыўнымі. Так *Дзівэр* піша, што з таго часу, як ён пачаў лячыць пэрытоніты консэрватыўна, сьмяротнасьць пры вострым апэндыцыце зьменшылася з 19,2 проц. (1900 г.) да 3—4 проц. (1920 г.). Таксама *Геры*, які цытаваўся вышэй, атрымаў пры вострым апэндыцыце сьмяротнасьць—1 проц., і тлумачыць гэта тым, што пэрытоніты лячыў консэрватыўна. Усё-ж такі вопыт шмат якіх іншых хірургаў настолькі супярэчыць гэтаму, што пакуль прызнаць гэты погляд правільным няма дастатковых падстаў.

Заклучэньне: сьмяротнасьць ад апэндыцыту можа быць даведзена да мінімуму, дзякуючы раньняй апэрацыі, г. зн. у значнай меры за лік выхаванья ўрачоў і хворых у аднаведным кірунку.

Запаленьні жоўцевых шляхоў. Сьмяротнасьць пры запаленьні жоўцевых шляхоў ня так лёгка выявіць. Малую лічбу сьмяротнасьці, якую падаюць тэрапэўты, *Фёдараў* лічыць падзронай і надае большае значэньне лічбам *Біндэра*, які паказвае 11 проц., і *Наўніна*, які гаворыць пра 15 проц. сьмяротнасьці. Найбольш правільнае ўяўленьне пра агульную сьмяротнасьць даюць, як відаць, масавыя лічбы дзяржаўнай статыстыкі.

Італія—на 100.000 насельніцтва памерла ад хвароб печані і жоўцевых шляхоў:

Гады	У проц.	У абсалютн. лічбах
1924	6,7	2.640
1925	7,8	3.109
1926	7,7	3.083

	Гады	Хворых	Сьмярцей	Проп. сьмярот- насьці
<i>Расія</i>	1912	21.867	1.654	7,6
<i>Германія</i>	1923	32.726	2.255	7
"	1924	39.836	2.768	7
"	1925	47.189	3.351	7
"	1926	49.067	3.391	7

Такім чынам, можна лічыць, што лічба—7 проц.—характэрызуе сьмяротнасьць пры захворваньнях печані і запаленьнях жоўцевых шляхоў.

Найбольшую сьмяротнасьць дае больш паджылы ўзрост (гл. лічбы Італіі).

Італія 1926 г. процант сьмяротнасьці па ўзростах:

Узрост	Проп. сьмяротн.	Узрост	Проп. сьмяротн.
да 1 году	5,5	ад 20 да 40 г.	13,2
" 10 "	5,6	" 40 " 60 г.	29,4
ад 10 да 20 г.	1,7	старэй	39,7

Гэта гаворыць пра два моманты: па-першае, аб тым, што аскладненьні, вынікам якіх бывае сьмерць, праяўляюцца іменна ў старыя гады і, па-другое, што старыя людзі кепска пераносяць гэтыя аскладненьні і тыя хірургічныя ўмяшаньні, якіх апошнія патрабуюць. Адсюль, зразумела, ясны вывад: ня трэба даводзіць гэтыя аскладненьні да больш старага ўзросту, трэба рабіць умяшаньне раней. Гэта апошняе відаць у наступных табліц:

Сьмяротнасьць опэраваных хворых

	Эндэрлен	Гоц
Да 40 г.	■ проц.	7,26 проц.
Ад 40 да 60 г.	9,5 "	20 "
" 60 " 70 "	10,5 "	35,45 "

Агульная сьмяротнасьць пры опэрацыйным лячэньні жоўцевых захворваньняў была ў свой час вылічана *Керам* (1913 г.),—на 5.500 выпадкаў—12 проц. Цэлы рад вялікіх статыстык апошняга часу таксама дае лічбы, блізкія да вышэй-паказаных: *Зібенгаар*—10 проц. (144 вып.), *Спасакукоцкі*—10 проц., *Інстытут імя Склі-фасоўскага*—14 проц. *Пэтрэн*—11 проц. (354 выпадкі), *Джыбсон* 10 проц. (526 выпадкаў) і г. д. Паводле *Мельнікава*, рускія справаздачы да вайны давалі—11,4 проц., пасля вайны—12 проц. Мая статыстыка таксама дае 12 проц. *Гоц* дае ад 7 проц. да 35 проц.

Але побач з гэтымі лічбамі, ёсць і меншыя лічбы: *Легей* дае—4,6 проц., *Шутэ*—4,8 проц. (371 выпадак); *Юдзін*—4 проц. (55 выпадкаў); *Ардатаўская* больніца (352 выпадкі)—5 проц.; *Штых* (1.362 выпадкі)—4 проц.; *Швайцэр* (302 выпадкі)—3,5 проц.; *Мэйо* на 16.980 апэрацый за 32 гады меў 2,6 проц.; *Эндэрлен* ад 2 проц. да 10,5 проц.

Аднак, гэта сумарная лічба сьмяротнасьці не дае яшчэ сапраўднага ўяўленьня пра апошнюю. Калі выходзіць толькі з гэтай лічбы, дык можа атрымацца ўражаньне, што хірургія жоўцевых шляхоў не зрабіла вялікага посьпеху. Даволі зьвярнуць увагу на лічбы *Ігнатава*, які сабраў 278 апэрацый, зробленых да 1891 г., і атрымаў 13 проц. сьмяротнасьці; або лічбы *Лаўсен-Тэйт*, які ў 1888 г. на 28 выпадкаў меў 7 проц. сьмяротнасьці. Гэта тлумачыцца надзвычайнай прастасьцю даўнейшых апэрацый, з якіх рабіліся пераважна холецыстостомія.

У сучасны момант сьмяротнасьць знаходзіцца ў поўнай залежнасьці ад момантаў, якія аскладняюць захворваньне, і ад таго, ці выбірае хірург для апэрацыі выпадкі больш лёгкія ці больш цяжкія.

Даю, як прыклад, некаторыя лічбы:

	Больш лёгкія выпадкі.	Больш цяжкія выпадкі.
<i>Кер</i>	3,3 проц.	79,2 проц.
<i>Рэйн</i>	7 „	62 „
<i>Клейншмід</i>	2,9—4,7 „	20,8—66 „
<i>Кертэ</i>	3 „	15 —18 „

Адзіным правільным шляхам зьяўляецца ўмяшаньне больш раньняе.

Калі нават ня трымацца таго погляду, што кожнае захворваньне трэба лячыць апэрацыйным спосабам, дык ужо кожнае аскладненьне абавязкова павінна быць опэравана сваячасова.

Такім чынам для зьмяншэньня сьмяротнасьці пры захворваньнях жоўцевых шляхоў, мы павінны канчаткова стаць на шлях больш раньняй апэрацыі.

Гнойныя захворваньні касьцей і мяккіх частак.

Цяжкім захворваньнем зьяўляюцца остэоміэліты. Яны даюць вялікі процант сьмяротнасьці, з якім ня лёгка змагацца. Вызначыць агульны процант сьмяротнасьці ад остэоміэлітаў цяжка, бо ён залежыць ад шмат якіх фактараў: лёкалізацыя, узрост і г. д.

Такім чынам, атрымліваецца, што *Сокалаў* (1928 г.) вызначае гэтую сьмяротнасьць у 25-30 проц. а *Аншуц* (1927 г.)—у 10-15 проц.

<i>Магскі</i>	на 221	выпадак	меў	35 проц.	сьмяротнасьці
<i>Панамароў</i>	на 98	"	"	30,6	"
<i>Гурлер</i>	на 75	"	"	27—32	"
<i>Рабінкін</i>	на 148	"	"	ад 8 да 32 проц.	(па лёкалізацыі)
<i>Гранд</i>	—	"	"	17,9 да 29,4 проц.	
<i>Клем</i>	на 320	"	"	20,9 проц.	
<i>Краснабаеў</i>	на 428	"	"	22,4	"
<i>Оратор</i>	—	"	"	30	"
<i>Гармс</i>	на 184	"	"	11,5 да 17,5	"
<i>Нэгелі</i>	на 97	"	"	11 да 14,3	"
<i>Рост</i>	на 236	"	"	7 да 14	"
<i>Юдзін</i>	на 31	"	"	13 проц.	
<i>Увядзенскі</i>	на 746	"	"	8,5	"
<i>Джыбсон</i>	на 155	"	"	7	"
<i>Пленц</i>				2,4	"

Трэба думаць, што лічбы *Краснабаева*, *Роста*, *Юдзіна* зьяўляюцца сярэднімі (15-25 проц.). Мой матэрыял:

43 вострыя остэоміэліты	—4 сьмерці	—9,3 проц.	сьмяротнасьці
83 хронічныя	" 1	" —1,2 проц.	

Сэптычны остэоміэліт дае вельмі цяжкую сьмяротнасьць—да 66 проц. (*Вышагагородзкая*.) Таксама вялікую сьмяротнасьць дае остэоміэліт хрыбетніка.

Пры остэоміэліце хрыбетніка сьмяротнасьць была:

паводле	<i>Мэкінс-Эбот</i>	"	"	1896 г.	71,4 проц.
"	<i>Донаці</i>	"	"	1906	48
"	<i>Фолькман</i>	"	"	1914	41,8
"	<i>Аглоблінай</i>	"	"	1926	41,46

Множны остэоміэліт асабліва небясьпечны—ён дае да 81 проц. сьмяротнасьці (*Панамароў*). Чым большая маса касьці паражэецца, тым большая сьмяротнасьць, што до бра відаць табліцы *Панамарова*:

остэоміэліт плечнай касьці	"	"	"	—22,2 проц.	сьмяротнасьці
"	галёнкі	"	"	—37,2	"
"	бядрыцы	"	"	—55	"
сківіцы—250 выпад.—8 сьмярцей—3,5 проц.					

Бязумоўна, і пры остэоміэліце адыгрываюць ролю і запусьчанасьць выпадку, і правільнае лячэньне (відаць, большасьць аўтароў ня згодны з раньняй трэпанацыяй і лічаць лепшым вызва-

ляючи разрез), але сама природа остеомиєліту (сепсис) така, що спадзявацца на параўнаўча лёгкую перамогу над ім ня можна.

Запаленьні мяккіх тканак (скуры, падскурнай клеткавіцы—абсцэсы, флегмоны, панарыцы і т. д.) зьяўляюцца вельмі распаўсюджаным відам хірургічных захворваньняў. Адноснаю вагу запаленьняў мяккіх частак да пэўнай ступені можна ўявіць сабе з наступных лічбаў: у застрахованых СССР—1925—на запаленьні скуры і падскурнай клеткавіцы прыпадала—13 проц.

Захворвальнасьць на флегмоны і абсцэсы відаць далей з такіх лічбаў: на 1.014.377 застрахованых хворых было флегмон і абсцэсаў (СССР, 1925 г.)—64.036, г. зн. 6,3 проц.; паводле ангельскіх даных за 1924 г.—7,9 проц.

Залежнасьць паміж профэсіяй і запаленьнямі мяккіх частак прадстаўлена такімі лічбамі: запаленьні клеткавіцы (СССР, 1925 г.) у прамысловых рабочых складалі—13 проц. усіх захворваньняў, а ў служачых і асоб непродукцыйнай працы—7,4 проц. У статыстыцы чыгуначнікаў ён таксама шмат большы ў паравозных брыгад і рабочых чыгуначных майстэрань, чым у адміністрацыі і т. д. (18,24 і 1,93). Найбольшы процант хвароб скуры і падскурнай клеткавіцы заўважаны ў асоб, якія заняты апрацоўкай мінералаў (24,31 проц.), жывёльных produkтаў (20,28 проц.), у асоб, занятых у здабывальнай прамысловасьці (20,83); найменшы—у асоб, якія задавальняюць так званыя духоўныя патрэбы (1,94 проц.), сцэна (2,48 проц.), хатняя гаспадарка (2,82 проц.).

Сэптычныя захворваньні скуры і падскурнай клеткавіцы, як даўней, так і цяпер, вырываюць з жыцьця не малую колькасьць людзей—у абсалютных лічбах для СССР, для Германіі—гэта, мабыць, 1500-2000 чалавек штогод, што ясна з наступных лічбаў:

Запаленьні клеткавіцы.	Лік выпад.	Сьмярцей	Прочант сьмяротнасьці
<i>Расія</i> 1892 г. у больніцах	37.270	1.019	каля 3 „
„ 1902 г. флегмоны	28.246	967	3,4 „
„ 1912 г. . . .	66.450	1.361	2 „

Германія Сэптычныя захворваньні скуры і клеткавіцы.

Год	Лік хворых	Лік сьмярцей	Проч. сьмяротнасьці
1923	79.118	1.446	1,8 проц.
1924	86.101	1.390	1,6 „
1925	90.416	1.573	1,7 „
1926	91.907	1.532	1,6 „

Але флегмоны, які трапляюць у больніцы, зьяўляючыся больш цяжкімі, даюць і большую сьмяротнасьць. Напр.:

Басманная больніца мела на 94 глыбокія флегмоны—11 сьмярцей—12 проц. сьмяр.

Абухоўская больніца (1924 г.) дае сьмяротнасьць—4,6 проц.

Мой матэрыял: на 60 флегмон—3 сьмерці—5 проц.

Асабліва цяжкія флегмоны шыі: Інстытут імя Скліфасоўскага на 14 флегмон шыі меў—2 сьмерці—14 проц. сьмярот.

Тамбоўская больніца 1886 г.—16 флегмон шыі меў 4 сьмерці—24 проц. сьмяротн. Таксама цяжкія флегмоны з асобнай лёкалізацыяй. Так, *Гарэ* калісьці гаварыў пра 34 проц. сьмяротнасьці ад паранэфрытаў, чаго, цяпер зразумела, няма; але і цяпер паранэфрыты даюць пэўны процант сьмяротнасьці. Толькі гэтыя сьмерці ў меншай ступені залежаць ад цяжкасьці інфэкцыі, у большай—ад запушчанасьці хваробы і часткова ад кепскага агульнага стану арганізму; апошняе добра паказана лічбамі Абухоўскай больніцы за нормальныя і галодныя гады: 1914 г.—4,6 проц. сьмяротнасьці; 1918 г.—21,6 проц. сьмяротнасьці ад флегмон.

На аснове практыкі агнястрэльных параненьняў вайны 1914-1918 г. г. я магу зазначыць, што частасьць інфэктыяваньня і цяжкасьць запальнага процэсу проста пропорцыянальны масе, якая паражэецца. Пры наяўнасьці адных і тых-жа сродкаў параненьня і агульных умоў, я мог лічбамі сьцьвердзіць тое агульнае назіраньне, што інфэкцыя праходзіла больш цяжка і давала большую сьмяротнасьць на лагве, сьцягне, чым на плячы, прадплеччы, ручыцы і г. д. Гэты закон, зразумелы з біолёгічнага пункту гледжаньня (большая паражальная маса—большы шлях судакрапаньня з ранячай прыладаю, большая маса зьмярцьведлай тканкі, дзе лёгка і пышна могуць разьвіцца мікробы і г. д.), поўнасьцю сьцьвярджаецца і пры назіраньні за інфэкцыяй у абстаноўцы мірнага часу.

На падставе свайго ваеннага матэрыялу, ■ мог скласьці табліцу, дэмонструючую частасьць інфэкцыі як мясцовай, так і агульнай, а таксама сьмяротнасьці; яна паказвае, што чым большая маса мяккіх тканак і касьцей паражэецца, тым часцей і цяжэй бывае інфэкцыя.

		Мясцовая інфэкцыя	Агульная інфэкцыя (сэпсіс)	
Чэрап	.	28 проц.	0	галава, шыя,
Твар	.	14,5	0	тулава—мясц. інф.—23,9 проц,
Шыя	.	12	0	
Грудзі	.	25	0	агул. інф —2 проц.

Мясцовая інфекцыя			Агульная інфекцыя (сепсіс)		
Сьпіна	40	проц.	10	проц.	Верхняя канцавіна м. інфэкц. 45 проц. агульн. інфэкц. 5,9 проц.
Плячо	46	"	9	"	
Прадплечча	56	"	12	"	
Ручыца	30,5	"	2,8	"	
Пальцы	48	"	0	"	
Лагво	60	"	40	"	Нижняя канцавіна м. інфэкц. 53 проц. агульн. інф. 19,4 проц.
Крумянкі	54	"	3,5	"	
Сьцягно	62,9	"	30,8	"	
Галёнка	46	"	13	"	
Ступа	43	"	10	"	

Піэмія і сэптыцэмія.

На маім матэрыяле я меў усяго 10 выпадкаў сьмерці ад піэміі. Германскія лічбы даюць правільнае ўяўленьне пра сьмяротнасьць пры агульным сепсісе:

Германія	Выпадкі	Сьмярцей	Проц. сьмяротн.
1923 г.	3.500	2.057	55
1924 г.	3.693	2.130	55
1925 г.	3.840	2.157	56
1926 г.	3.836	2.135	56

Наша перамога над піэміяй і сэптыцэміяй ня ў тым, што мы цяпер сьпраўляемся з імі шмат лепш, як даўней, а ў тым, што мы навучыліся папярэджаць іх—мы зьменшылі захворвальнасьць.

Хірургічны тубэркулёз.

З ліку спецыфічных хірургічных хронічных запаленьняў трэба паказаць толькі на тубэркулёз, які дае пэўную сьмяротнасьць: для хірургічнага сыфілісу і ганарэі сьмерць—рэдкае зьявішча.

Вызначыць сьмяротнасьць ад хірургічнага тубэркулёзу—цяжка, але ўсё-ж можна падаць некаторыя сумарныя лічбы, якія даюць орыёнтаўку.

	Гады	Лік выпадкаў	0/0 сьмяр.
Джыбсон	1927	202	4
Абухоўская больніца	1913	—	4,7
Ортэга	1927	500	1
Ролье		155	4,5

Я на сваім матэрыяле ў 120 тубэркулёзных хворых самых рознастайных меў 7 выпадкаў сьмерці, што дае 5,8 проц.—лічба

даволі блізкая да вышэй паказаных. Яе адносная вышыня, мабыць, тлумачыцца тым, што мы прымаем у больніцы, з прычыны адсутнасці месц, звычайна толькі самыя цяжкія выпадкі. І сапраўды, з 7 маіх хворых 3 памерлі без апэрацыі—былі прывезены ў цяжкім стане, запушчанымі; адзін з іх—ад тубэркулёзнага мэнінгіту; 4 былі апэраваны (пры гэтым адзін з іх быў амаль безнадзейны): 2 рэзэкцыі галоўкі бядрыцы, 1 ампутацыя бядра, 1 тубэркулёз ныркі.

З усіх тубэркулёзных паражэнняў канцавін найбольшую смяротнасць даюць коксіты і гоніты. Да 1893 г., пры коксіце памірала да 40 проц. пры гоніце—да 33 проц. У апошнія гады смяротнасць значна меншая, але ўсё-ж у *Мэзары* (1928 г.) на 365 туб. коксітаў пры консерватыўным лячэнні памерала 8,1 проц. З маіх 7 выпадкаў памерла 4 чал. ад коксіту (з 18) і 2 ад гоніту (з 28).

Апэрацыйная смяротнасць пры рэзэкцыі тубэркулёзных суставаў (усіх наогул), паводле *Сьніжарнага* вагасца ад 3 да 5 проц.

Таксама цяжкай формай зьяўляецца тубэркулёзны спондыліт.

Старыя статыстыкі даюць значныя лічбы смяротнасці:

<i>Зэман</i>	. 168 выпадкаў	42 проц. смяротнасці
<i>кур Нэдэн</i>	312 „	59 проц. „
<i>Лингеск'ельд</i>	. . . . .	40 проц. „
<i>Вульпіус</i>	. . . . .	54 проц. „

Статыстыка *Більрота* (1869 г.) давала 46 проц. смяротнасці.

Аднак, за апошні час гэтая лічба значна зменшылася. Так, *Ролье* дае ўсяго 2 проц. смяротнасці; *Врэдэн* на 210 консерватыўна лечаных выпадкаў—8 проц., пры апэрацыйным-жа лячэнні (98 выпадкаў)—5 проц. Між тым іншыя статыстыкі апэрацыйнага лячэння (*Фроме*) гавораць пра 25 проц. смяротнасці. *Оратор* у 1930 г. гаворыць пра 20 проц. смяротнасці пры тубэркулёзным спондыліце.

Тубэркулёз нырак дае таксама немалую смяротнасць.

Легзі Шэваск (1912 г.) на 738 выпадкаў, лечаных тэрапэўтычна, мелі смяротнасць у 20 проц. у першыя два гады. Смяротнасць насля нэфрэктоміі ў апошнія гады трэба лічыць роўнай 4 проц. (па *Фёдараву*); але больш позьняя смяротнасць вагаецца таксама ад 10 проц. да 16 проц.; *Оратор* (1930 г.)—вызначае смяротнасць у 12 проц. Мабыць, і пасляапэрацыйная смяротнасць таксама большая (параўнайце статыстыку *Штыха* з 19 проц. смяротнасці ў апошнія гады).

Тубэркулёзны пэрытоніт і тубэркулёз кішак таксама даюць немалую сьмяротнасьць (да 25 проц.—*Оратор* (1930 г.)

Сьмяротнасьць ад тубэркулёзных запаленьняў розных органаў павінна зьмяншацца. Паралельна зьмяншэньню захворвальнасьці на тубэркулёз будзе зьмяншацца і хірургічная захворвальнасьць; колькасць запушчаных выпадкаў будзе зьмяншацца, магчымасьць вылечыць процэс будзе павялічвацца.

Заклучэньне.

Запаленьні выклікаюцца мікробамі, і з гэтага пункту гледжанья зьяўляюцца таксама захворваньнямі „выпадковымі“, як і траўмы. Таму ў ідэале дапушчальна і сапраўдная профіляктыка гэтых захворваньняў у сэнсе вызваленьня асяродзьдзя, у якім жыве чалавек, ад прысутнасьці мікробаў, або хоць-бы вызваленьня ад іх—найбольш пагражальных пунктаў. Гісторыя эпідэмічных і інфэкцыйных захворваньняў зусім яскрава паказвае на такую магчымасьць; наша хірургія з яе асэптыкаю зьяўляецца ня менш бліскучым доказам гэтай перамогі. І калі мы зараз яшчэ маем вельмі шмат такіх захворваньняў, дык прычына гэтага, як відаць, у тым, што цэлы рад профіляктычных мерапрыемстваў намі яшчэ ня можа ажыцьцяўляцца.

На зьмяншэньне сьмяротнасьці ад запальных захворваньняў мы можам разьлічваць таму, што ў соцыялістычным грамадзтве больш культурныя і нормальныя ўмовы жыцьця падвысяць агульны ўзровень здароўя і, значыць, супроціўляльнасьць арганізма; вынік-жа запальнага процэсу ў вялікай меры залежыць ад апошняй. Вялізарнае значэньне страты гэтай супраціўляльнасьці арганізма мы бачылі апошні раз у часе сусьветнай вайны, калі цяжкасьць цяжэньня інфэкцыі тлумачылася, апрача раду іншых прычын,—рэзкай стомленасьцю і зьнясіленасьцю воінаў.

Вельмі вялікае значэньне для выніку запальных процэсаў мае сваячасовае скарыстаньне лекавых мерапрыемстваў. Калі траўма дзейнічае аднакраць і хутка, і мы маем перад сабою толькі яе канчатковы вынік, дык пры запаленьні справа стаіць інакш: яно рэдка бывае маланкападобным па хуткасьці, для разьвіцьця яго дзеяньня патрэбен час і мы можам яго спыніць ці паслабіць, калі толькі мы зьявіліся яшчэ ня вельмі позна.

З прычыны гэтага, разьвіцьцё мэдычнай дапамогі і набліжэньне яе да насельніцтва павінны абавязкова выклікаць зьмяншэньне сьмяротнасьці ад запальных захворваньняў. Прогрэс у

гэтых адносінах зьяўляецца нясумненым. Я прыпамінаю вялізарныя флегмоны канцавін, даводзіўшыя да ампутацыі або нязатпіэмій, якія я нярэдка бачыў 20 год таму назад у гарадзкіх амбулаторыях; цяпер я іх бачу вельмі рэдка. І калі яны яшчэ бываюць на вёсцы, дык прычына гэтага толькі ў адсутнасці там пакуль што медычнай дапамогі ў належным разьмеры.

Пры цяжкіх траўмах нярэдка бываюць і цяжкія інфекцыі; калі зьменшыцца колькасць першых, дык гэта дасць колькаснае зьмяншэнне смяротных вынікаў пры інфекцыі.

Раней я ўжо гаварыў пра значэнне сваячасовасці ўменшвання ў справе змяншэння смяротнасці ад пэрытонітаў, пляўрытаў, апэндыцытаў і цэлага раду іншых запальных захворванняў.

Наступным фактарам, які будзе садзейнічаць змаганню са смяротнасцю пры запальных захворваннях, зьяўляецца радыкалізм нашага ўмяшання—нашырэньне хірургічнага методу на рад захворванняў.

Далейшая доля змагання прыпадае на самую стэрылізуючую тэрапію і біялёгічныя методы змагання з інфекцыяй. На гэтым фронце атрымана ўжо ня мала перамог і далейшыя спробы, зразумела, скончацца поспехам.

Усе гэтыя даныя, узятыя разам, дазваляюць з надзеяй на поспех глядзець на перспектывы змагання са смяротнасцю ад хірургічных запальных захворванняў у будучыні.

4. Пухліны.

Злаякасныя пухліны.

Пытаньне пра смяротнасць ад пухлін зьяўляецца вельмі складаным. Хворы, выпушчаны з хірургічнага аддзялення, яшчэ не азначае хворага, якому надоўга захована жыццё. Вось чаму, пры разглядзе смяротнасці ад ракавых захворванняў нам даводзіцца мець на ўвазе: а) пасляопэрацыйную смяротнасць; б) больнічную смяротнасць; в) сапраўдную смяротнасць ад раку. Зразумела, што першыя дзве рубрыкі мала закранаюць усю глыбіню пытання.

Пра абсалютныя лічбы смяротнасці ад раку даюць некаторае ўяўленьне такія даныя: паводле *Бургес* у 1924 г. у Англіі ад раку памерла больш 50.000 чалавек (на 2.000 больш як у 1923 г.). У Амэрыцы штогод памірае ад раку 90.000 (паводле *Грэхем*),—100.000 чалавек (паводле *Окснэр*). У Прусіі смярот-

насьць ад раку была ў 1923 г. роўнай 34.078, а ў 1924 г.—35.411. У Ленінградзе (да 1912 г.) памерла за 10 г.—15.225 чалавек, г. зн. 1525 чалавек памірала штогод (*Тоічкін*). У Германіі за 1923-1926 г.г. сярэдні лік хворых на злаякасныя пухліны за год быў роўны 58.000 чалавек. У СССР, як відаць, гэта сьмяротнасьць роўна 150.000-160.000 чалавек у год.

Сярэдняя лічбай можна лічыць 10 сьмярцей ад рака на 10.000 насельніцтва.

Для больш рэальнага ўяўленьня пра значэньне гэтай сьмяротнасьці можна зрабіць параўнаньні з іншымі прычынамі сьмерці. З ніжэй паданых лічбаў мы бачым, што рак займае вельмі значнае месца ў агульным радзе прычын сьмяротнасьці.

Прычына сьмерці (на 10.000 насельніцтва):

	Гады	Органы крывавароту.	Тубэркулёз	Старасьць	Рак
Германія .	1925	17,3 проц.	12,2 проц.	13,3 проц.	10,3
Баварыя. .	1925	14,0 „	9,0 „	10,0 „	9,0
Англія . .	1921	11,7 „	9,2 „	—	10,1

Значэньне раку, як прычыны сьмяротнасьці, у шматлікіх краінах падкрэсьліваецца тым, што процант сьмяротнасьці ад раку ў агульнай сьмяротнасьці гэтых краін пачынае прыроўнівацца да процанту сьмяротнасьці ад тубэркулёзу і нават прэваляваць над апошнім. У гэтых адносінах цікавыя некаторыя даныя:

Даныя (рак і тубэркулёз у процантных адносінах да агульнай сьмяротнасьці):

	Рак	Тубэркулёз
За 1890-1899 г.г.	7 проц.	14 проц.
„ 1900-1909 г.г.	9 проц.	12 проц.
„ 1910-1919 г.г.	11 проц.	11 проц.
„ 1920 г.	11 проц.	9 проц.
„ 1921 г.	13 проц.	9 проц.

У Англіі ў 1923 г. памерла ад раку 43.000 чалавек, а ад тубэркулёзу 41.000. Германская статыстыка дае такія лічбы процанту сьмяротнасьці (да агульнай сьмяротнасьці):

	1914 г.	1918 г.	1920 г.	1924 г.	1925 г.
Рак	7 проц.	6 проц.	6 проц.	10 проц.	12 проц.
Тубэркулёз.	7 проц.	18 проц.	16 проц.	9 проц.	6 проц.

Цяпер зьвернемся да пытаньня пра тое, якая частка самых ракавых хворых гіне. Для ілюстрацыі я зьмяшчаю наступныя лічбы, якія даюць агульнае ўяўленьне пра гэту сьмяротнасьць.

	Годы	Злаякаси. пухлін	Сьмярцей	Проц. сьмя- ротнасьці.
Расія	1881	9.593	1.928	20
"	1892	у больніц. 11.817	2.102	18
"	1902	" 22.753	3.557	каля 16
"	1912	" 41.100	6.950	17
Германія	1923	" 49.108	13.196	29
"	1924	" 57.030	15.205	27
"	1925	" 61.259	16.194	25
"	1926	" 64.557	17.399	27

Комэнтываваньне гэтых лічбаў наўрад ці можа даць ясныя вынікі, з прычыны таго, што мы маем перад сабой рад складаных фактараў, якія не выяўляюцца, аднак, з такой выразнасьцю, каб пра іх можна было стала гаварыць. Відаць толькі, што процант сьмяротнасьці ў гэтай групе захворваньняў большы, чым у якой-небудзь іншай, г. зн. у групе траўм, запаленьняў. Але ці паказвае нават Германская лічба—27 проц.—сапраўдную сьмяротнасьць ад раку і саркомы—ёсьць сумненьні: з нашай хірургічнай практыкі мы ведаем, што процант канчаткова выжываючых хворых—а гэта і навіны выявіць вышэйпаданыя лічбы—значна меншы. Таму гэту лічбу—27 проц.—належаць узяць пад сумненьне.

Цяпер зьвернемся да больнічнай сьмяротнасьці. Долю ўдзелу хворых з пухлінамі ў агульным ліку хворых, а таксама спецыяльна хірургічных хворых, могуць выявіць некаторыя лічбы. Калі падлічыць процант удзелу раку ў хірургічных захвораваньнях паводле германскіх лічбаў, дык у 1926 г. на 768.541 хірургічнага хворага я налічыў 64.557 злаякасных пухлін (8 проц.) і 38.308 дэбэраякасных пухлін—разам 13 проц. Але калі ўзяць пад увагу, што тут шмат ракаў жаночых, дык процант хірургічных ракаў наблізіцца да лічбы—10 проц.

У *Більрота* хворыя з пухлінамі складалі 21,6 проц. У Менскай земскай больніцы на 12.486 апэрацый—4,3 проц. прыпадала на злаякасныя пухліны (*Бабук*). У мяне процант пухліны роўны 10. Думаю, што мая лічба—10 проц.—паказвае сапраўдную долю такіх хворых сярод хірургічных стацыянарных хворых.

Прочант ракавых хворых, што паміраюць у больніцах, можна прыблізна вызначыць па колькасьці ўскрыцьцяў. Лічбы розных статыстык даюць прыблізна блізкія даныя. Напр., паводле германскіх лічбаў 10 проц. усіх ўскрыцьцяў (82.217 сэкцый—8.557

ракаў) прыпадае на рак, прычым часам гэты проц. даходзіць да 13 (Берлін). Растоўская прозэктура дае 8,7 проц.

Але гэта ў адносінах да ўсіх бяз выключэння больнічных ускрыццяў. Калі-ж браць суадносіны не да ўсіх хворых, а толькі да сьмяротнасьці ад хірургічных захворваньняў, дык значэньне раку яшчэ больш павялічыцца. Я магу спаслацца на наступныя лічбы: у Італіі за 2 гады (1924-1926 г. г.) паводле адной статыстыкі на 4.988 сьмярцей ад хірургічных захворваньняў было 1.780 ад раку, г. зн 35 проц. На 941 сьмяротны выпадак хірургічнага паходжаньня (Беларусь) было 358 сьмярцей ад злаякасных новаўтварэньняў—39 проц. Гэтых лічбаў даволі, каб паказаць, што сярод хірургічных сьмярцей—сьмерці ад раку займаюць вялікае месца і складаюць каля адной трэцяй часткі гэтых апошніх, перавышаючы сьмяротнасьць ад траўмы ня менш, як у поўтара разы.

Значэньне гэтай вялікай сьмяротнасьці ад раку крыху зьмяняецца тым, што справа ідзе аб старых узростах. Паводле *Маласа* да 40 г. рак сустракаецца ў 17,9 проц., а пасля 40 год—82,1 проц. Наступныя дзьве статыстыкі паказваюць разьмеркаваньне сьмяротнасьці ад раку па ўзростах. На 10.000 чалавек адпаведнага ўзросту (м):

	0-29 г.	30-39 г.	40-49 г.	50-59 г.	60 г. і старэй.
<i>Самулевіч</i> .	2,3	3,5	13,3	17,4	55,6
<i>Тоічкін</i> .	0,26	1,2	6,0	23,5	59,6-80,5

Амэрыканская статыстыка 1900 г. дае такія лічбы:

З ліку 100 намерных ва ўзросьце 20-29 г. намерла ад раку	1	чал.
" " 100 " " " 30-39	2	"
" " 100 " " " 40-49	7	"
" " 100 " " " 50-59	12	"
" " 100 " " " 60-69	14	"
" " 100 " " " 70-79	8	"

Узрост, які дае найбольшую сьмяротнасьць ад ракавых захворваньняў у Паўночна-Амэрыканскіх Злучаных Штатах, у сярэднім—60,4 гады для мужчын і 58,4 г.—для жанчын.

Калі я вазьму свае даныя, дык яны паказваюць на больш раўняныя ўзросты.

Узрост	Лік выпадкаў злаякасных пухлін.	Узрост	Лік выпадкаў злаякасных пухлін.
0-4	4	30-39	27
5-9	—	40-49	58
10-19	2	50-59	50
20-29	15	60 і больш	46

Рак з 68 выпадкаў сьмерці даў 33 ва ўзросьце 40-49 г. Цікава, што і ў *Бабука* мы маем такія-ж самыя суадносіны: калі выключыць рак твару, дык у яго на ўзрост 30-50 г. прыпадае 125 чалавек, а на ўзрост больш 50 г.—121 чалавек, прычым рак страўнічна-кішочнага тракту ў 30-50 г.—43 выпадкі а больш 50 год—34 выпадкі.

Агульная сьмяротнасьць стацыянарнага опэраванага матэрыялу выражаецца такімі лічбамі: матэрыял *Джыбсона* 20 проц.; *Шор* 8,11 проц. і мой 12 проц.

Старыя статыстыкі больнічнай сьмяротнасьці пры пухлінах даюць такія лічбы:

	Выпадкў.	Сьмерцей.	Прец. сьмяротнасьці.
Більрот—Цюрых	526	68	12,9
„ — Вапа	1.532	254	16,5

Такім чынам мы бачым, што пасляопэрацыйная сьмяротнасьць амаль супадае з больнічнай сьмяротнасьцю (гэта і зразумела, бо хворыя накіроўваюцца ў стацыянар для опэрацыі), але яна шмат меншая за сапраўдную сьмяротнасьць ад раку.

Смяротнасьць ад раку лаасобных органаў неаднолькавая. Так, калі браць сумарныя даныя, дык мы убачым, што першае месца належыць раку органаў жывата—страўніка і кішак. У Англіі на гэтыя сьмерці прыпадае ня менш 50 проц. У Амэрыцы штогадова памірае ад раку страўніка больш 30.000 чал. (пры агульнай сьмяротнасьці ад раку 90.000-100.000) і т. д. Вось некалькі лічбаў, якія паказваюць наогул разьмеркаваньне прычын сьмяротнасьці.

Табліца *Смулевіча* (матэрыялы БССР)

Рак страўніка, печані, страваходу—	52,7 проц.
Рак кішак.	— 5,5 „
Рак мацшы	— 7,3 „
Рак скуры	— 1,0 „
Рак грудной залозы	— 1,3 „
Рак іншых і не паказаных органаў	—25,2 „

Амэрыка 1914 г.—сьмяротнасьць ад ракавага паражэньня ў проц.

Поласьць роту	3,9
Страўнік і печань	39,6
Брушына і кішочнік	13,3
Жаночыя органы	15,4
Грудзі.	9,2
Скура	3,5
Іншыя органы	15,1
	<hr/> 100 проц.

Ніжэй я спыняюся на некаторых паасобных пухлінах, у залежнасьці або ад вялікай сьмяротнасьці або частасьці самых захворваньняў. Лічбы, зьмешчаныя ніжэй, паказваюць амаль выключна пасьляопэрацыйную сьмяротнасьць.

Пухліны мазгоў

Прогноз пухлін галаўных і сьпінных мазгоў кепскі. Ён лепш за ўсё выяўляецца ў палажэньнях *Мульлера*, які гаворыць, што пухліна сьпінных мазгоў нарэшце прыводзіць да сьмерці, або *Гольштайна*, паводле якога прогноз пухлін мазгоў амаль заўсёды няспрыяльны, апрача рэдкіх выпадкаў, калі пухліна абвапляецца або касыіцца.

Спачатку сьмяротнасьць пры опэраваньні пухлін мазгоў была вельмі вялікая, што добра ілюструецца паданымі ніжэй лічбамі:

<i>Брунс-Опэнгайм</i>	. . . . .	50-75 проц.
<i>Гутс</i>	. . . . .	65 "
<i>Краўзэ</i>	. . . . .	47 "
<i>Эйзэльбэрг</i>	. . . . .	38 "

Бондараў (да 1907 г.) 415 зборных выпадкаў—36,5 проц. неспраўн. сьмяротн.

Нават у апошнія гады гэтыя лічбы яшчэ стаяць высока:

<i>Олівэкрона</i>	. . . . .	1927 г.—40 проц.
<i>Лёзано</i>	. . . . .	1926 г.—40 "
<i>Эйзэльсбэрг</i>	. . . . .	1927 г.—39 "

Але ўжо побач з гэтымі лічбамі ў шмат якіх хірургаў выяўляецца (для пухлін вялікіх мазгоў) такія, як—26 проц. у *Спасакукоцкага*. Асабліва спыняюць на сабе ўвагу лічбы:

<i>Магнус</i>	. . . . .	10 проц.
<i>Кешынг</i>	. . . . .	3 проц.-5 проц.-10 проц.

Пухліны задняй чэрэпнай яміны, мозачкаў і маставога кута даюць яшчэ вялікую сьмяротнасьць; але лічбы *Кешынг*, *Магнус*, *Гулеке*, *Новак* і іншых дазваляюць спадзявацца на паварот і ў гэтых адносінах.

<i>Борхард</i>	. . . . .	58 проц.
<i>Ляйшнэр</i>	. . . . .	75 "
<i>Ранцы</i> (да 1913 г.)	. . . . .	70-80 "
<i>Пусэп</i> (1910-1916 г.г.)	. . . . .	45 "
<i>Магнус</i>	. . . . .	18 "
<i>Лёзано</i>	. . . . .	65 "
<i>Басцыанэлі</i>	. . . . .	56-60-80 "
<i>Мінц</i> (1922 г.)	. . . . .	75 "

<i>Гулеке</i> (1926 г.)	. . . . .	24,6 проц.
<i>Новак</i>	. . . . .	25 „
<i>Кешынг</i> 500 пухлін задняй чярэняй яміны		16,3 „
„ задн. чэрэпн. яміна 1922 г.	. . . . .	8 „
„ мозачкі	. . . . .	15 „

На пухлінах сьпінных мазгоў няма патрэбы шмат спыняцца, бо паданья ніжэй лічбы гавораць дастаткова выразнаю моваю:

<i>Стурберг</i> (да 1908 г.). 45 выпадкаў—	29,1 проц. сьмяротнасьці.
<i>Краузэ</i> (да 1911 г.) . 68 „	20 „ „
<i>Ранцы</i> (да 1922 г.)	8,8 „ „
<i>Эйзэльсберг</i> (да 1925 г.) 119 выпадкаў .	2,5 „ „

Як вывад, трэба падкрэсьліць тую акалічнасьць, што вялікая розьніца, назіраная ў проц. сьмяротнасьці ў розных хірургаў, прымушае думаць аб вялізарным значэньні такога фактару, як спецыяльны вопыт і асаблівая трэніроўка ў пэўнай галіне.

Са злаякасных пухлін твару трэба адзначыць: злаякасны пухліны верхн. сківіцы ў 14 аўтароў—мінімум сьмяротн.—2 проц.; максымум сьмяротн.—37,5 проц.; сярэдняя сьмяротн.—18 проц.; і рак языка з 12 проц. сьмяротнасьці паводле *Герцэна*.

Рак грудной залозы даваў раней немалую насляоперацыйную сьмяротнасьць. Я зьмяшчаў ужо табліцу гэтай сьмяротнасьці па дзесяцігодзьдзях.

Більрот у пачатку сваёй дзейнасьці меў 23 проц. сьмяротнасьці, за апошнія гады сваёй работы—6,7 проц. Для старых гадоў трэба лічыць мінімум—10 проц., максымум—24 проц., сярэдняя—20 проц.

Для новых статыстык найбольш характарны такія лічбы, як *Штыха* (на 329 опэраваных—1,2 проц. сьмяротнасьці); *Герцэн* (на 137 опэраваных—1,39 проц. сьмяротнасьці); паводле *Багальява* на 1.134 выпадкі зборнай статыстыкі бывае 0,4 проц. сьмяротнасьці. Аднак, нападаюцца і такія лічбы, як 5,3 проц. (*Майер* 1927 г.).

Сьмяротнасьць пры опэрацыях з прычыны раку страўніка і да гэтага часу яшчэ вялікая. Зразумела яна зьмяняецца ў залежнасьці ад характару—радыкальнасьці або паліятыўнасьці—але і тут пераважным фактарам зьяўляецца стан арганізма. Доказ гэтага я бачу ў тым, што ў аднаго і таго-ж самага аўтара розьніца паміж проц. сьмяротнасьці пры рэзэкцыі і пры *ГЭ* ня вельмі вялікая. Так, у *Штыха* з вялікай практыкай

(187 рээкцый і 136 ГЭ) пры раку страўніка—проц. сьмяротнасьці ад рээкцыі 16,1 проц., ■ пры ГЭ 14,7 проц.; у Пэйчыча 24 проц. пры рээкцыі і 27,2 проц. пры ГЭ і т. д.

З накапленьем вопыту, бязумоўна сьмяротнасьць зрабілася меншай. Так рээкцыя пры раку страўніка ў 1886 г. давала ў розных аўтароў сьмяротнасьць ад 35,7 проц. да 91,5 проц.—у сярэднім 74 проц. (да гэтага году ў літаратуры было апублікавана ўсяго 77 выпадкаў апэрацый). У 1914 г. на 13-м зьездзе рускія хірургі давалі процант сьмяротнасьці ў 50 проц. (Богаяўленскі), 67 проц. (Дзеружынскі). У нашы гады мы маем максімум 54 проц. ў Гэсэ, ■ яго вельмі шырокімі паказаньнямі да рээкцыі; мінімум—16 проц. (Штых); і нават 6 проц. (Фінстэрэр), але часцей за ўсё сустракаецца лічба ад 20 проц. да 33 проц.: Мэйо—25 проц.; Шмідэн—39 проц.; Пятроў—37 проц. Шаак—34 проц.; Юдзін—33 проц.; Пэйчыч—24 проц.; Пошэ на 260 рээкцый меў 27 проц. і т. д.

ГЭ таксама ў старыя гады даваў вялікі процант сьмяротнасьці; у 1886 г. гэты процант быў роўны 54,6 проц., к 1914 г.—на 1.890 выпадкаў ГЭ пры раку страўніка—31,5 проц.; рускі матэрыял к гэтаму году—318 выпадкаў ГЭ даў 34 проц. У наш час мы маем 25 проц., 21 проц., нават 14,7 проц., сьмяротнасьці пры ГЭ.

Усе гэтыя факты сьведчаць аб крайняй няўстойлівасьці ракавых хвароб, аб позьняй іх апэравальнасьці, аб запусьчанасьці выпадкаў і т. д. Апошнія дэманструецца і лічбай сьмяротнасьці ў 5,3 проц. пры пробнай ляпоратоміі (Штых).

Той самы момант, які мы адзначылі пры раку страўніка, выяўляецца і пры раку жоўцевых шляхоў, дзе, паводле статыстыкі Штых, і радыкальныя, і паліятыўныя апэрацыі даюць амаль аднолькавую сьмяротнасьць.

55 апэрацый . . . 9 сьмярцей—16,4 проц. сьмяротнасьці.

89 пробных ляпор . 12 сьмярцей—12,4 проц. .

Непасрэдныя вынікі лячэньня рака тоўстай кішкі наогул таксама ня зьяўляецца бліскучымі. Лічбы розных аўтароў вельмі рознастайныя: так, у некаторых статыстыках сустракаецца 9-16 проц. (Мэйо) і 60 проц. (Уорэн і інш.). Калі ўзяць некалькі асноўных статыстык з больш-менш значным лікам выпадкаў раку тоўстай кішкі, дык у 11 сучасных аўтароў на 1.255 выпадкаў сярэдні процант сьмяротнасьці аказваецца роўным 24,5 проц. (лічачы тут, як радыкальныя так і паліятыўныя апэрацыі). Значыць памірае кожны чацьвёрты хворы.

Аднэй з самых галоўных прычын паміраньня хворых зьяўляецца запушчанасьць выпадкаў, стан хронічнага ілеуса—атручваньня—у якім яны знаходзяцца.

Другая статыстыка дае на 434 выпадкі раку тоўстай кішкі яшчэ горшыя вынікі—38,7 проц. сьмяротнасьці. *Шаак* лічыць для рускіх аўтароў характарным нават 50 проц. сьмяротнасьці. Як вядома, спосабам зьмяншэньня процанту сьмяротнасьці зьяўляецца двухмомантная рэзэкцыя. Сапраўды, ёсьць лічбы, якія сьцьвярджаюць гэта. Так, адна зборная статыстыка дае: пры аднамомантнай рэзэкцыі на 207 выпадкаў—88 сьмярцей—14,5 проц., пры двухмомантнай рэзэкцыі—на 146 выпадкаў—22 сьмерці, 15 проц. *Уорэн* вылічвае на сваім матэрыяле пры аднамомантнай рэзэкцыі сьмяротнасьць у 60 проц., пры двухмомантнай—30 проц. Але іншыя статыстыкі даюць іншы малюнак: усё залежыць ад таго, якой цяжкасьці выпадкі падлягаюць двухмомантнай рэзэкцыі.

Рак кутніцы, як відаць, даваў раней у сярэднім 20 проц. сьмяротнасьці (пры пазабрушных мэтадах); *Крэнляйн* (1873-1899) на 881 выпадак меў 19,4 проц. сьмяротнасьці; *Равэ*—больш новая статыстыка—на 335 выпадкаў—20 проц.

Цяпер пазываюць меншыя лічбы: адны гавораць пра 3,7-14 проц., іншыя—ад 3,7 проц. да 22 проц. Аднак, статыстыкі раду спрактыкаваных хірургаў са значнымі лічбамі, таксама не асабліва бліскучыя: *Эйзэльсбэрг* дае 10-16 проц.; *Кютнэр*—22,5-17,3 проц.; *Быхаўскі*—15-20 проц.; *Спасакукоцкі*—13 проц.; *Пошэ*—10 проц. Сярэдні процант сьмяротнасьці пры раку кутніцы—15 проц.

Ракі кутніцы, якія сядзяць больш высока і патрабуюць камбінаваных апэрацый, даюць да 40 проц., ва ўсякім разе ня менш, як ракі тоўстай кішкі.

Пры пухлінах нырак зусім старыя статыстыкі давалі вялікі процант сьмяротнасьці:

да 1890 г.	паводле Гюйона—62,6 проц.
ад 1890 да 1899	„ „ —19,3 „

Як відаць, гэты апошні процант застаецца і цяпер: *Фёдараў* да 1923 г. на 959 апэрацый (ад 1902 па 1921 г.) атрымаў 20 проц. сьмяротнасьці. Магчыма, што за самыя апошнія гады гэты процант зьменшыўся: так, *Пашэн* (1916 г.) дае 11,1 проц., *Штых*—15,4 проц.; *Фёдараў*—7 проц.

Рак простаты дае паводле *Досо* (1927 г.) 30 проц. сьмяротнасьці.

Рак мочавага пузыра—27-28 проц. (*Мартынаў, Фёдараў* Аднак, *Томсон Уокер* далі такія вынікі: на 126 рэзэкцый пу-
зыра—8 сьмярцей, г. зн. 6,3 проц. Толькі 27 проц. перажылі
3 гады.

Саркома мае меншую ролю, як рак. Паводле даных *Шамуні*,
саркоматозных пухлін у 6-10 разоў менш, як ракавых. Пры-
блізна такія-ж даныя і іншых аўтароў. Напр., згодна лічбам.
Тоічкіна за 10 год у *Пецяярбургу* памерла ад раку 6.268 муж),
чын і 7.706 жанчын, а ад саркомы—637 мужчын і 641 жанчына-
г. зн. процант раку быў роўны 91,6 проц., а саркомы—8,4 проц.
У мяне на 212 выпадкаў раку была 21 саркома. Але сустрака-
юцца і іншыя суадносіны. Напр., у *Дзьяканава* на 1.035 выпадкаў
раку было 256 сарком (4:1). У *Бабука* на 478 ракаў налічвалася
124 саркомы (4:1).

Уяўленьне пра саркомы дае статыстыка *Кютнэра*: на 55
опэраваных хворых памерла ад опэрацыі 6,5 проц.; праз 3 гады
засталося жывых—толькі 30 проц.

Аднак, усе зьмешчаныя вышэй даныя і лічбы не даюць на-
ват і ў невяліччай меры адказу на пытаньне: якая сапраўдная
сьмяротнасьць пры раку цяпер і як надалей змагацца з гэтым
захворваньнем? Таму ўсе папярэднія лічбы я лічу неабходным
папоўніць яшчэ некаторымі фактамі.

Якой зьяўляецца опэрабельнасьць ракаў, з якімі зьвяртаюцца
да хірурга? Аказваецца, што з ліку тых, якія зьявіліся ў
больніцы, колькасьць выпадкаў опэрабельных ракаў была роў-
ная паводле:

<i>Пэйчыча</i> (Юга-Славія),	41,6 проц.
<i>Балярскага</i> (Украіна)	55 ..
<i>Шора</i> (Амэрыка)	83,2 ..
<i>Джымбсон</i> (Амэрыка)	75 ..

Можа гэтыя лічбы выпадковыя, але ўсё-ж кідаецца ў вочы,
што больш культурныя краіны даюць і большыя лічбы опэра-
бельнасьці раку.

Сэнс гэтых лічбаў высвятляецца пры далейшым дасьлед-
ваньні. У *Шора*—радыкальная опэрацыя зроблена толькі ў
32 проц. выпадкаў; у 31 проц., толькі паліятыўная; калі выклю-
чыць памершых ад опэрацыі дык з больніцы выпушчана толькі
29,4 процанта. Інакш кажучы, на 1.000 хворых з ракам, што
зьявіліся лячыцца, радыкальная дапамога падана толькі 294
хворым.

Яшчэ больш цікавыя лічбы паданы *Верашчынскім* (матэрыялы *Пятрова* 1929 г.) адносна раку страўніка; на 1.119 выпадкаў

было неоперабельных	839
падлягала паліятыўн. операц.	193
падлягала радыкальн. операц.	87
з апошніх выжыла	50

Яшчэ лепш лёс хворых відаць з такіх лічбаў: на 134 ракі страўніка (*Шор* 1928 г.) 60 ня можна было операваць (з-за запущанасці); 32 выпадкам рабілася пробная ляпоратомія,

20—паліятыўная операцыя,

і толькі 22—радыкальная операцыя; з іх 9 памерла ў часе операцыі; толькі 13, г. зн. 9,7 проц. выпушчана з больніцы. Такая-ж самая лічба для раку тоўстай кішкі—26,15 проц. і для раку кутніцы—22,63 проц.

Але і радыкальная операцыя не азначае, як мы добра ведаем, вылячэння. Далейшы лёс такіх хворых паказваюць лічбы *Джыбсона*: праз 2 гады засталася жыць з ліку операваных—19 проц.,—з 437 операваных хворых жыло 73, але і з іх толькі 64 ня мелі да гэтага часу рэцыдываў.

Статыстыка процанту адсутнасці рэцыдываў больш 5 год пасля рэзэкцыі раку страўніка наступная:

<i>Лерыш</i>	20,8 проц.
<i>Петэрсон-Кольмэрс</i>	20 "
<i>Крайль</i>	20 "
<i>Найр</i>	20 "
<i>Мэйо</i>	25 "
<i>Фінстэрэр</i>	31 "

Для раку кутніцы—паводле *Брайцэва*—на 748 выпадкаў процант адсутнасці рэцыдыву на працягу 3 год—22 проц.

Калі зробім падлік лічбам *Джыбсона*, дык выйдзе, што з 485 ракавых хворых, што з'явіліся ў госпіталь *Нью-Ёрка*, праз 12 г. засталася жыць 85 чалавек, г. зн. 17 проц., а 83 проц. памерла. Вось жудасныя лічбы сапраўднасці. Калі мы аб'яднаем усе даныя, дык мы зможам сказаць, што ў сярэднім хірургія здольна захаваць жыццё каля 20 проц. операваных хворых.

Сярэдняя працягласць цяжэння раку розных органаў—ад 38 да 10 месяцаў.

Шмат якія анколёгі лічаць, што кожны ракавы хворы ў сярэднім жыве 3 гады.

Як дадатак, зьмяшчаю некаторыя даныя пра сьмяротнасьць ад дабраякасных пухлін.

З дабраякасных пухлін сьмяротнасьць даюць міомы маціцы, кістомы яечніка, адэномы. Процант сьмяротнасьці роўны 1,3-1,9 проц. Атрыманы ён на падставе вялікіх лічбаў.

Расія	1881 г.	на 11.438	выпадакў	154	сьмяротных	вынікі—1,3 проц.
	1892 г.	„ 9.043	„	174	„	1,9 „
	1902 г.	„ 14.724	„	220	„	1,4 „
	1912 г.	„ 28.070	„	387	„	1,3 „
Германія	1923 г.	„ 28.753	„	477	„	1,6 „
	1924 г.	„ 31.010	„	500	„	1,6 „
	1925 г.	„ 35.483	„	645	„	1,8 „
	1926 г.	„ 38.308	„	662	„	1,7 „

У больнічным стацыянарным матэрыяле сьмяротнасьць крыху большая, як паказваюць лічбы *Джыбсона* (1927 г.).

Адэномы	6	опэрацый—2	сьмерці
Ангіомы	15	„	— „
Кістомы	105	„	2 „
Фібромы	14	„	— „
Ліномы	40	„	— „
Міэлёмы	—	„	— „
Нэйромы	2	„	— „
Остэомы	6	„	— „
Папілёмы	26	„	— „
Рэтэнц. кісты	27	„	— „
Фіброміомы	125	„	6 „
Іншыя	35	„	— „
	401		10—2,5 проц.

Вывады.

Падыходзячы да ацэнкі змаганьня з ракавай сьмяротнасьцю ў будучым, мы сутыкаемся з пытаньнем пра захворвальнасьць на рак. У гэтай групе захворваньняў мы маем справу з момантам, якога ня было ў папярэдніх групах: калі мы можам разьлічваць ня тое, што колькасць траўм зьменшыцца ці застаецца стацыянарнай, калі лік запальных захворваньняў таксама прыкметна не зьмяняецца, дык ракавыя захворваньні, як відаць, павялічваюцца ў сваёй колькасьці.

У спрэчках пра тое, ці павялічваецца сьмяротнасьць ад раку ці не,—мы далучымся да тых, хто лічыць, што сьмяротнасьць павялічваецца.

У кнізе *Ліўшыца* выразна падтрымліваецца тэзіс нарастання раку на аснове даных раду аўторытэтных аўтароў.

Доказам зьяўляюцца наступныя лічбы:

Процант ракавай сьмяротнасьці ў Парыжы ў стасунку да агульнай сьмяротнасьці.

1903 г.	5,84 проц.	1920 г.	7,96 проц.
1908 г.	6,21 "	1921 г.	8,35 "
1913 г.	6,99 "	1922 г.	9,22 "
1918 г.	6,11 "		

Сьмяротнасьць ад раку ў *Нью-Ёрку* (на 100.000).

1891-1895 г. г.	5,9	1906-1910 г. г.	7,6
1896-1900 г. г.	6,4	1911-1915 г. г.	8,4
1901-1905 г. г.	6,9	1916-1920 г. г.	9,1

Лічбы *Гофмана*: на 10.000 насельніцтва памерла ад раку:

	1896-1900 г.	1900-1910 г.		1896-1900 г.	1906-1910 г.
Англія	8,0	9,4	Голяндыя	9,1	10,3
Ірляндыя	5,8	7,8	Швэйцарыя	12,7	12,5
Шатляндыя	7,7	9,9	Аўстрыя	6,7	7,8
Норвэгія	8,5	9,6	Вянгрыя	3,0	4,3
Данія	11,8	13,7	Італія	5,0	6,3
Германія	7,0	8,4	Францыя	9,7	10,2

Лічбы, датычныя СССР (паводле *Званіцкага*)—сьмяротнасьць на 10.000 насельніцтва:

1895 г.	8,8	1915 г.	9,0
1900 г.	8,6	1920 г.	8,2
1905 г.	9,7	1924 г.	9,5
1910 г.	9,2		

Павялічэньне абсалютнага ліку захворваньняў на рак адзначаецца і ў Германіі:

1923 г.	49108	1925 г.	61259
1924 г.	57030	1926 г.	64557

Праўда, можна было-б узяць цэлы рад статыстык, дзе даводзіцца, што ніякага нарастання сьмяротнасьці няма; але ўсё-ж такі паданыя вышэй лічбы настолькі пераканальныя, што тэзіс пра некаторае ўзрастаньне ліку ракавых захворваньняў трэба лічыць правільным.

З гэтага палажэньня трэба зрабіць вывад, што значнага зьмяншэньня сьмяротнасьці можна чакаць толькі тады, калі ў справе вылячэньня раку мы атрымаем радыкальны пералом; у іншым выпадку процант невялікага палепшаньня нашых рэзультатаў

будзе паглынацца процантам павялічэння самай колькасці захворванняў.

Паколькі асноўным сродкам змагання з ракам і цяпер зьяўляецца апэрацыя, мы вымушаны звярнуцца да пасляопэрацыйнай смяротнасці.

Вельмі вялікую смяротнасць ракавых хворых у хірургічных аддзяленнях лёгка вытлумачыць: тут злучаецца некалькі фактараў—стары ўзрост, агульная няўстойлівасць ракавых хворых, запушчанасць выпадкаў і цяжкасць самога ўмяшання.

Агульная няўстойлівасць ракавых хворых добра характарызуецца лічбамі смяротнасці іх і пры так званых паліятыўных апэрацыях, а тым больш—пробных апэрацыях. Працэнт смяротнасці пры пробных ляпаторыях пры раку страўніка роўны ў *Мэйо*—3 проц.; у *Кютнэра*—4-5 проц.; у *Мюлер*—16,8 проц. *Пайр* ацэньвае яго ў—10 проц.

Няўстойлівасць ракавых хворых характарызуецца яшчэ тым, што яны лёгка гінуць ад інтэркурэнтных захворванняў.

Так, паводле даных *Русі* і інш., на 77 выпадкаў смерці ад раку ў адной установе апошняя здарылася ад кахэксіі ў 24 выпадкаў; ад далучанай інфекцыі—у 6 выпадках, і ад інтэркурэнтных захворванняў лёгкіх і сэрца—у 47 выпадках, г. э. у $\frac{2}{3}$ выпадкаў хворыя паміралі ў выніку выкліканай ракам няўстойлівасці арганізму. Ня дзіва, што лёгачныя аскладненні пасля апэрацыі вырываюць ■ жыцця такую вялікую колькасць апэраваных хворых.

Значэнне больш ранняй зварачальнасці да хірурга і добрых умоў дэмонструе статыстыка *Уайта*—пры раку кутніцы: у яго было на больнічных выпадках—30 проц. смяротнасці, а ў прыватнай практыцы—12.

Ня буду гаварыць пра профіляктыку ракавых захворванняў, бо ў гэтай галіне наўрад ці мы маем канкрэтныя даныя. Агульныя паказанні ў гэтым сэнсе, датычныя ежы, распарадку жыцця і пазбягання шкодных прывычак (курэнне, алькоголь)—настолькі агульна прызнаныя, што пропаганда ў гэтым сэнсе можа толькі супадаць з агульным кірункам культурнага развіцця нашага жыцця.

Да знаходжання радыкальнага спосабу ўздзеяння на рак,—справа зводзіцца да ранняй дыягностыкі і ранняй апэрацыі. У парушэнні першага і другога вінаваты і ўрачы, і хворыя. Усё гэта настолькі зразумела, што я абмяжуюся толькі цытатай з *Болярскага*: „З прычыны таго, што хвароба запушчалася ня-

рэдка не па віне хворых, якія зварачаліся да ўрачоў сваячасова, а дзякуючы нераспазнаванню раньняга раку ўрачамі, неабходна зьвярнуць асаблівую ўвагу ўрачоў на недапушчальнасьць трафарэтных дыягназаў, як „катар страўніка“, „язва шыйкі маціцы“, „мэтрорагія“, „хронічны мастыт“, „геморой“ і т. д., чым асабліва часта грашаць тарапэўты, да якіх упяршыню трапляюць хворыя і часта лечацца без посьпеху месяцамі і гадамі і накіроўваюцца да хірурга, як да апошняга сродку, з вялікім спазьненнем“.

5. Расстройствы жыўленьня і зьмяшчэньні.

Наступная група—расстройствы жыўленьня і зьмяшчэньні—уключае ў сябе вялікую колькасьць разнастайных захворваньняў, сярод якіх ёсьць і такія, што даюць даволі значную сьмяротнасьць. У гэтую групу я залічаю:

- а) расстройствы жыўленьня на глебе судзішчэтых зьмен
- б) „ „ „ „ „ на зурогенных момантаў
- в) „ „ „ „ „ эндохрынных захворваньняў
- г) „ „ „ „ „ парушэньняў абмену матэрыяў
- д) „ „ „ „ „ парушэньняў статыкі органаў

З прычыны немагчымасьці ахапіць усе захворваньні, я спыняюся толькі на некаторых—якія або вызначаюцца сваёй масавасьцю, або даюць вялікую сьмяротнасьць.

Грыжы.

Грыжы складаюць даволі значны контынгент хірургічных захворваньняў. Не закранаючы пытаньня пра распаўсюджанасьць грыжы сярод насельніцтва, зьвярну ўвагу на тое, як часта бываюць грыжы ў хірургічных стацыянарных хворых. 50 год таму назад грыжы складалі толькі малы процант у стацыянарах:

Госьпіталь Бартолёмэя (1873 г.)	на 3450 хворых—	33 грыжы—	0,1 проц.
Базэль (больніца) (1874 г.)	„ 654 „	4 „	(зашчэпленыя) —0,65 проц.
Госьпіталь св. Георга (1872 г.)	„ 1074 „	9 „	—0,45 проц.
Тамбоўская земская больніца 1879-1899 г. г.)	„ 3717 „	31 „	—0,8 проц.

Цяпер сярэдні процант грыж у звычайных хірургічных стацыянарах каля 8-9-10 проц.—да 20 проц., як гэта відаць з некаторых лічбаў.

Сярэдняя лічба роўна 10 проц.: на 75.541 хірургічных стацыянарных хворых у хірургічных аддзяленнях было 7.796 грыж, г. зн. 10,2 проц. (аддзяленьні Мартынава, Інстытут імя Скліфасоўскага, Залога, Юдзін, 6-ца імя Дастаеўскага, Ардатаўская, Шэнкурская, Нова-Нікалаеўская, Бабухінская, *Штых, Пэтрэн, Рубашоў*).

Якая сьмяротнасьць пры грыжах? Калі мы возьмем вялікія лічбы дзяржаўных статыстык, дык для Расіі за 1912 г. сьмяротнасьць будзе—3,1 проц., а для Германіі за 1923-1926 г.г.—2,1 проц. Прымем апошняю лічбу—2,1 проц.,—якая паказвае сьмяротнасьць апошніх год, і пры гэтым культурнай краіны. Такім чынам, яшчэ і цяпер на 100 чалавек з грыжамі намірае 2 чал. Гэтым лічбам адпавядаюць і даныя паасобных клінік і больніц: *Штых* дае 1,6 проц. (на 3.765 грыж) *Пэтрэн*—0,5 (на 1.100 грыж); *Юдзін*—1,4 проц. (на 282); *Залога*—3,5 проц. (на 809); *Возьнясенскі*—2 проц. (на 658); Інстытут імя Скліфасоўскага—2 проц. (на 390); *Міхалкін*—1,6 проц. (на 2.580) і т. д.; у мяне—0,8 проц. (на 628).

Ці зьменшылася сьмяротнасьць пры грыжы? Для прыкладу пакажу сьмяротнасьць больніц: нямецкай—*Бэтанія* (1876 г.)—23 проц.; ангельскай больніцы (1873 г.)—34 проц.; рускай—*Басманная* (1891 г.)—19 проц.

Для Расіі я магу падаць такія лічбы:

1858 г.	.	.	.	.	.	23 проц.	сьмяротнасьці
1881 г.	.	.	.	.	.	11	„
1892 г.	.	.	.	.	.	12	„
1902 г.	.	.	.	.	.	6	„
1912 г.	.	.	.	.	.	3,1	„

Германія за 1923-1926 г.г. на 315.638 грыж мела 2,1 проц. сьмяротнасьці.

Сьмяротнасьць ад грыж бязумоўна зьменшылася. У іншым аспэктэ, але з тым самым эфэктам агульнага зьмяншэньня—ілюструюць гэта і амэрыканскія лічбы:

На 100.000 насельніцтва ў ПАЗШ памерла ад грыж					
1901-1905 г.	1906-1910 г.	1911-1915 г.	1916-1919 г.	1920	21-22
13	12,9	11,7	11,2	10,6	10,6

Нажаль, і вольная грыжа пры лячэньня дае пэўны процант сьмяротнасьці. Раней, як мы ўжо бачылі, сьмяротнасьць была даволі значнай. За апошнія гады мы маем розныя лічбы. *Крымаў* гаворыць пра 1-0,9 проц.; хоць рэдка, але сустракаем і больш значныя лічбы—2,5 проц. (*Шэнкурская* больніца).

Вельмі цікавай зьяўляецца германская статыстыка, заснаваная на вялікіх лічбах:

1923 г.	. . . . .	53.345	грыж	0,6	проц.	сьмяротнасьці
1924 г.	. . . . .	62.079	„	0,6	„	„
1925 г.	. . . . .	69.945	„	0,65	„	„
1926 г.	. . . . .	75.689	„	0,6	„	„

З другога боку ёсьць і вялікая колькасць вольных грыж, пры якіх сьмяротнасьць роўная 0. Зразумела, іменна гэту апошнюю лічбу—„0“ і трэба лічыць нормальнай. Я змог налічыць у раду рускіх аўтароў—10.591 опэраваную вольную грыжу без аднэй сьмерці.

Матэрыял маёй клінікі такі:

Вольныя грыжы:

Пахвінная	410	выпадак	ў	0	сьмярцей	0	проц.
Сыцягнёвая	26	„	„	„	„	„	„
Пасьляопэрацый-							
ныя грыжы	21	„	„	„	„	„	„
Пупковая	6	„	„	„	„	„	„
Грыжа бе-							
лай лініі	52	„	„	„	„	„	„
	515			0	„	0	„

Падам яшчэ матэрыял аднэй амэрыканскай больніцы (Джыбсон) (1913-1927 г.г.)

Сыцягнёвая гр.—93	выпадкі—1	сьмерць—0,9	проц.	сьмяротнасьці
Пахвінная	1.744	„ 6	0,4	„ „
Пупковая	52	„ 3	6,0	„ „
Пасьляопэрац.	128	„ 4	3	„ „
	2.017	„ 14	0,7	„ „

Зашчэпленыя грыжы даюць такую сьмяротнасьць: старыя статыстыкі (1872-1876 г.г.) паказваюць 50-60 проц. сьмяротнасьці; затым у канцы мінулага стагодзьдзя і ў самым пачатку цяперашняга—сьмяротнасьць зьмяншаецца—23,5-31-20-18-13 проц.¹ (Нарэшце, у нашы гады яна вагаецца паміж 17-15 і 6 проц.

Вельмі добрае выражэньне сьмяротнасьці даюць германскія лічбы за 1923-1926 г. г., заснаваныя на некалькіх дзiesiąтках тысяч (53.520) выпадках зашчэпленых грыж—9 проц. У абсолютным выражэньні гэта значыць, што ў Германіі штогод памірае ад грыжы больш тысячы чалавек—сьмерці гэтыя зусім непатрэбныя, лішнія.

¹) Зашчэпленыя грыжы давалі яшчэ ў *Більрота* 52 проц. сьмяротнасьці.

Калі ўзяць сярэдняю лічбу 11 аўтароў (вялікія ўстановы), дык атрымаем сьмяротнасьць у 10 проц.; аднак, у шмат якіх аўтароў проц. сьмяротнасьці ніжэй сярэдняга—*Шылаўцоў* вызначае яго ў 6,5 проц.; Інстытут імя Скліфасоўскага—у 6,5 проц.; Юдзін—у 8 проц.; *Штых*—у 8,8 проц.; Бердзянская больніца у 6 проц. і т. д.; у мяне ён 4,4 проц.

Мой матэрыял зашчэмлених грыж складаецца з наступных лічбаў:

Пахвінная	78	выпадаў—	5	сьмярцей—	6,5	сьмяротнасьці
Сьцягновая	22	„	0	„	0	„
Пупковая	7	„	0	„	0	„
Белае ліні	5	„	0	„	0	„
Траўматыч- ная	1	„	0	„	0	„
		113	„	5	„	4,4 проц.

Калі параўнаць першыя дзесяць год нашага стагодзьдзя з апошнімі гадамі, дык і тут мы бачым розьніцу.

Паводле *Мельнікава* сьмяротнасьць (у проц.) ад зашчэмлених грыж:

	Да вайны	Пасля вайны
Зашчэмл. пахвінная	15,5	13,4
„ сьцягновыя грыжы	21,6	11
„ белай ліні	1,7	0

Вельмі характарнай зьяўляецца далей табліца Джыбсона—зьмяншэньне сьмяротнасьці ад зашчэмлених грыж за прамежак часу ад 1913-1919 г. г. да 1919-1927 г. г.

	1913-1919 г. г.	1919-1927 г. г.
Грыжа сьцягновая	11 вып. 1 сьм. 9 проц.	23 вып. 1 сьм. 4 проц.
„ пахвінная	41 „ 6 „ 14 „	58 „ 4 „ 7 „
„ пупковая	9 „ 5 „ 55 „	11 „ 2 „ 18 „
„ бруш.		
„ сьценкі	5 „ 3 „ 60 „	7 „ 2 „ 28 „

Калі зашчэмлениа грыжа дае вялікую сьмяротнасьць, дык гангрэнозная грыжа дае яе ў значна больш сур'ёзных разьмерах. Процант ад 9 (калі мы возьмем яго за сярэдні) узрастае да 22, 32, 40-55. Праўда, раней гэты процант быў яшчэ большы—75-76-81-50 і т. д. Ва ўсякім выпадку, гэты процант сьмяротнасьці залежыць ад часу зьяўленьня хворага і асабліва моцнаму зьніжэньню не падлягае.

Параўноўваючы, такім чынам, процант сьмяротнасьці пры апэрацыі вольнай грыжы (0,6 проц.) і грыжы зашчэмлениа

(9 проц., а гангрэнознай—да 25-30 проц. і больш), мы цалкам павінны далучыцца да тых аўтароў, якія падкрэсьліваюць, што зарука зьмяншэньня сьмяротнасьці пры грыжах ляжыць у больш раньняй зьвяртальнасьці хворых да апэрацыйнага лячэньня.

А між іншым—пра што гавораць факты?

Па-першае, мы павінны констатаваць, што суадносіны паміж вольнымі і зашчэмленымі грыжамі вельмі значныя, а гэта значыць, што вялікі процант хворых зьвяртаецца за дапамогаю толькі тады, калі грыжа зашчэмілася.

Згодна вялікім германскім лічбам ад 25 проц. да 18 проц. хворых на грыжу зьяўляецца ў больніцу толькі пры зашчэменьні, г. зн. кожны пяты ці шосты хворы толькі тады зьяўляецца для лячэньня, калі грыжа зашчэміцца. І гэта ў адносінах да захворваньня, да лячэньня якога ўсе даўно прывыклі і якое такую дае нязначную сьмяротнасьць! У жанчын гэтыя суадносіны яшчэ большыя—гэта зруzumела, калі ўзяць пад увагу некаторыя меркаваньні—частасьць сьцягновай грыжы ў жанчын, меншыя скаргі на грыжу ў апошніх і т. д.

Суадносіны паміж вольнымі і зашчэмленымі грыжамі:

Германія

		1923 г.	1924 г.	1925 г.	1926 г.
Для жанчын і мужчын	вольныя грыжы . . .	53.375	62.079	69.975	75.689
	зашчэмл. грыжы . . .	13.516	12.728	13.638	13.538
		23 проц.	20,5 проц.	19 проц.	18 проц.
У жанчын	вольн. грыжы . . .	16.910	16.149	17.882	19.904
	зашчэмл. грыжы . . .	6.209	5.259	5.353	5.419
		37 проц.	33 проц.	29 проц.	27 проц.

Залого (22 г.) Юдзін. Дзьяканаў. Вазьнясенскі. Штых. Мой матэрыял.

вольн. грыжы . . .	709	262	94	625	3.151	515
зашчэмл. гр. . .	100	20	4	33	514	113
% %	14 проц.	8 проц.	4,5 проц. ¹⁾	5,5 проц.	16 проц.	22 проц.

Працягласьць нашэньня грыжы да яе зашчэменьня звычайна бывае значная. У *Мальгэня* на 98 зашчэмлених грыж была 61 грыжа, якая існавала больш 20 год. Працягласьць існаваньня грыжы да зашчэменьня ў *Бэржэ* (на 239 выпадкаў):

у 48 выпадках—зашчэменьне адбылося хутка пасля пачатку грыжы.

• 89 „ „ пасля таго, як грыжа праіснавала да 10 год.

• 102 „ „ „ „ „ больш 10 г.

Працягласьць нашэньня пахвіннай грыжы да зашчэменьня ў *маім матэрыяле* была роўная:

¹⁾ Малыя лічбы, зразумела, могуць быць выпадковымі.

ад 1 да 3 мес.	. . .	2	выпадкі	— 4 проц.
„ 3 „ 12 „	. . .	4	„	— 8 „
„ году „ 5 г.	. . .	12	„	—24 „
„ 6 г. „ 10 г.	. . .	13	„	—26 „
„ 11 „ „ 15 „	. . .	6	„	—12 „
„ 16 „ „ 20 „	. . .	5	„	—10 „
„ 21 „ „ 30 „	. . .	3	„	— 6 „
больш 30 год	. . .	1	„	— 2 „

47 выпадкаў

Да 1 г.—усяго 12 проц.; ад 1 г. да 10 г.—50 проц.; 30 проц. грыжа насілася больш 10 год!

Доўгае існаванне грыжы да яе зашчамлення сведчыцца і тым, што паміраюць ад зашчэмнай грыжы пераважна пасля 40 г. Вось лічбы *Шэўчанкі*: 75 проц. прыпадае на ўзрост больш 41 г. Зразумела, што грыжа ў гэтыя гады бывае і больш небяспечнай.

Ня трэба, аднак, думаць, што зашчэмная грыжа ў дзяцей праходзяць асабліва лёгка. *Фэрэ* (1881 г.) даў лічбы сьмяротнасці пры зашчэмнай грыжы ў дзяцей—34,6 проц. і 47,8 проц. *Шылаўцоў* указвае за апошнія гады сьмяротнасць ад 8,3 проц. да 30,3 проц. *Гайле* (1927 г.) меў 2 сьмерці на 8 зашчэмлених грыж у толькі што народжаных дзяцей.

Хворыя наогул не сьпяшаюцца апэраваць сваю грыжу.

Працягласць існавання грыжы (пахвінай вольнай) да зьвяртання хворага за дапамогаю паводле матэрыялу маёй клінікі:

ад 0 да 7 дзён	. . .	1	— 0,2 проц.
„ 7 дзён да 1 мес.	. . .	8	— 2 „
„ 1 мес. „ 3 „	. . .	23	— 6 „
„ 3 „ „ 12 „	. . .	66	—17 „
„ 1 г. „ 5 г.	. . .	135	—33 „
„ 5 „ „ 10 „	. . .	78	—19 „
„ 11 „ „ 15 „	. . .	33	— 9 „
„ 16 „ „ 20 „	. . .	21	— 5 „
„ 21 „ „ 30 „	. . .	26	— 6,8 „
больш 30 г.	. . .	8	— 2 „

409

Такім чынам зьвяртанне да 1 г. роўна—прыблізна—25 проц. 75 проц. зьяўляюцца пасля 1 г., пры чым 50 проц.—ад 1 году; да 10 год.

Вывад: адносна грыж пытанне павінна быць разьвязана ў тым сэнсе, што грыжы павінны апэравацца ўсе, па магчымасці рана, у хуткім часе пасля ўзьнікнення іх. Калі мець на ўвазе

зьмяншэньне процанту сьмяротнасьці пры вольных грыжах і павесьці энэргічную прапаганду ў гэтых адносінах, дык непатрэбныя сьмерці пры іх могуць быць амаль цалкам ліквідаваны.

Язва страўніка.

Якая сьмяротнасьць ад язвы страўніка? У гэтым сэнсье вельмі павучальнымі зьяўляюцца лічбы Германіі.

1923 г.—37.504	выпадкі	язвы	страўніка—2.298	сьмярцей—6,5 проц.
1924 г.—39 998	„	„	1.950	„ 5 „
1925 г.—46.403	„	„	2.101	„ 4,5 „
1926 г.—46.152	„	„	2.056	„ 4,5 „

Калі мы возьмем сярэднія лічбы раду хірургаў, дык у 10 хірургаў на 2.127 выпадкаў было 103 сьмерці, г. зн. 5 проц. Значыць гэты процант аднавядае сярэдняй сьмяротнасьці ад язвы страўніка.

Сапраўднае значэньне пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці можна-б было выявіць толькі тады, калі-б нам было вядома, які процант хворых памірае пры лячэньні выключна консэрватыўным. Нажаль, апошніх лічбаў мала. Паводле даных *Вэстфален* (1910 г.), пры ўнутраным лячэньні памірае 10 проц. хворых з язваю страўніка; паводле *Лейбэ*—2 проц.; *Хэсіна*—14 проц.

ГЭ пры язьве страўніка цяпер навінен даваць нязначную сьмяротнасьць. Даныя 29 аўтароў (апошнія гады) на 4.099 выпадкаў паказваюць сярэдняю сьмяротнасьць—6 проц. *ГЭ* паводле *Назарава* дае ад 1,4 проц. да 14,9 проц. наогул—6-8 проц. сьмяротнасьці.

Аднак, і гэты процант не дае яшчэ правільнага ўяўленьня, бо мы маем цэлы рад статыстык са сьмяротнасьцю меншай за 6 проц.: *Абрумянц*—0 проц. (на 80 выпадкаў); *Ангелеска*—0 проц. (на 100 выпадкаў); *Юдзін*—1,3 проц. (на 84); *Гальперын*—3,9 проц. (на 466); *Волкаў*—1,4 проц. (на 281); *Агрынскі*—1 проц. (на 607); *Фёдараў*—4 проц.; *Кауш*—ад 1 проц. да 4 проц. (у сярэднім 2 проц.); *Усьпенскі*—2,1 проц.

Заснавальнік мэтаду рэзэкцыі пры язьве страўніка—*Більрот*—меў у 1885 г. 10 сьмяротных выпадкаў на 18 опэрацый, г. зн. больш 50 проц. Да 1910 г. рэзэкцыя пры язьве страўніка, паводле статыстыкі *Варнэке*, давала 42,3 проц. (а таксама ў статыстыках цэлага раду нямецкіх аўтароў—43 проц.).

На міжнародным хірургічным конгрэсе 1929 г. дакладчыкі (*Рыбас*, *Лярдэнуа*) гаварылі пра 2-6-8 проц. сьмяротнасьці. 2 проц. сьмяротнасьці маюць *Габэрэр*, *Мойніген*. Калі ня браць пад

увагу іх даных, дык сярэдні процант сьмяротнасьці пры рэзэкцыі страўніка з прычыны язвы апошняга цяпер можна лічыць роўным 14 проц. Праўда, гэту статыстыку вельмі абцяжаюць малыя лічбы з вялікай сьмяротнасьці; вялікія статыстыкі даюць лепшы малюнак—9 проц. Рuskія лічбы даюць паводле ўзорнай статыстыкі *Магазініка*—12,2 проц. пры язьве страўніка і 13,2 проц. —пры язьве дванаццаціпалай кішкі. Але і тут ёсьць лепшыя лічбы: у справаздачы *Юдзіна* мы бачым 7 проц. сьмяротнасьці на 65 рэзэкцый. Пры вывучэньні прычын гэтай сьмяротнасьці мы павінны констатаваць, што тут мы маем звычайна больш цяжкія выпадкі: калезная язва, нярэдка пранікальная язва, г. зн. такія выпадкі, якія пры тэрапэўтычным лячэньні ніякага эфэкту не даюць.

Ілеус. Прогноз пры ілеусе наогул вельмі цяжкі. Паводле *Страсбургера* вылячэньне ілеуса без апэрацыі магчыма толькі пры дынамічнай яго форме. Часам мы назіраем самавылячэньне і пры іншых відах ілеуса: напр., пры інвагінацыі ў дарослых, пры адыходзе інвагінату пасля яго зьмярцвеньня.

Аднак, выпадкі самавылячэньня пры мэханічным ілеусе бываюць вельмі рэдка, і апэрацыйнае ўмяшаньне зьяўляецца адзіным спосабам выратаваньня жыцьця хворага.

Старыя лічбы былі дастаткова безнадзейныя. Да 1873 г. памірала 73 проц. хворых (Англія). Потым у канцы мінулага і пачатку цяперашняга стагодзьдзя ўстанавілася лічба сьмяротнасьці паміж 50 проц. і 60 проц.; з вядомымі ваганьнямі яна ў асноўным застаецца і цяпер, як гэта паказваюць зьмешчаныя ніжэй лічбы. Аднак, ёсьць тэндэнцыя да палепшаньня, якая заключаецца ў тым, што павялічваецца колькасьць статыстык з лічбамі, ніжэй 30 проц. 40 проц., і зьяўляецца нават статыстыкі з 19 проц. (*Гольдэр*). Праўда, у гэтых апошніх, пры іх аналізе, мы звычайна не знаходзім цяжкіх выпадкаў.

<i>Красінцаў</i>	81	выпадак	50 проц.	сьмяротнасьці
<i>Абухоўская</i> 6-ца	511	„	56	„
<i>Залоза</i>	21	„	71,4	„
<i>Джыбсон</i> (1913-1919 г. г.)	36	„	41,6	„
„ (1919-1927 г. г.)	39	„	47	„
<i>Спасакуюцкі</i>	26	„	42	„
<i>Бондароў</i>	11	„	45	„
<i>Зібэнгаар</i> (за 7 год)	18	„	61	„
<i>Перальман</i>	—	„	58	„
<i>Саўкоў</i>	—	„	42,7	„
<i>Козыраў</i>	—	„	28,8	„

Юкельсон	—	выпадак 60,5 проц. сьмяротнасьці.
Успенскі	—	„ 57,7 „ „
Пэртэс	—	„ 36 „ „
Кэртэ	—	„ 43,2 „ „
Дзівер	—	„ 60 „ „
Крыстэнсэн (1927 г.)	56	„ 34 „ „

Мой матэрыял за 15 год—65 выпадкаў ілеусу:

Заварот 34 выпадкі	34	опэравана	18	сьмярцей
Заварот тонкіх кіш.	19	„	12	„
„ тоўстых „	15	„	6	„
Запчамленьне 11 выпад.	11	„	3	„
Інвагінацыя 6 „	6	„	2	„
Дынам. ілеус 6 „	6	„	3	„
Ілеус, самаст. выл. 8 „	—	„	—	„

На 65 выпадкаў—26 сьмярцей—40 проц.; на 57 опэраваных выпадкаў—26 сьмярцей—45 проц.

Калі ўзяць вялікія лічбы, дзе разам з цяжкімі ёсьць і лёгкія выпадкі, дык процант будзе крыху меншы. Напр., сярэдняю сьмяротнасьць пры ўсіх відах, вызначаных як ілеус, паказвае германская статыстыка.

1923 г.	5.979	выпадакў—1.836	сьмярцей—30	проц. сьмяротнасьці
1924 г.	5.972	„ 1.672	„ 28	„ „
1925 г.	6.454	„ 1.875	„ 28	„ „
1926 г.	6.658	„ 1.851	„ 28	„ „

Такую-ж лічбу дае Гагард: на 3.064 ілеусаў у 7 госпітальных Лёндану за 4 гады,—процант сьмяротнасьці быў—26,5. Таму 30 проц. сьмяротнасьці пры ілеусе можна лічыць сярэдняй сучаснай лічбай.

Такім чынам, посьпехі пры лячэньні ілеуса ёсьць, але ўсё-ж яны ня вельмі значныя; як відаць, найбольшы посьпех базуецца часткова на больш раньнім умяшаньні, часткова на больш рацыянальных спосабах разьвязаньня апэрацыйных задач.

Вальляк і іншыя эндокрынныя захворваньні. Пры разглядзе эндокрынных захворваньняў я спынюся каротка на паражэньні шчытавіцы. Сьмяротнасьць пры апэрацыі вальляка была і ў мінулыя часы невялікай. Можна падаць лічбы Рэвардэна—на 6.103 апэрацыі—2,9 проц. сьмяротнасьці, нашых рускіх хірургаў—Баброў (1901 г.), Таубэр (1891 г.), Разумоўскі (1901 г.)—на 109 апэрацый—4 сьмерці—4 проц. і т. д. Прыблізна тыя-ж самыя стасункі мы маем і цяпер, і калі ў многіх хірургаў процант сьмяротнасьці малы, дык у другіх ён большы, як гэта паказваюць лічбы, узятыя без асаблівага выбару:

	1929 г.	2,3 проц.
<i>Штых</i>	651 випадак—2 смерці	0,3 „
<i>Джыбсон</i>	57 „ 5 „	9,5 „
<i>Мартынаў</i>	46 „ 2 „	4 „
<i>Шоур</i>	26 „ 2 „	8 „
	780 11	1,4 проц.

Такая самая лічба—1,4 проц. атрымліваецца і ў *Эйзэльсбэрга* на 1.953 апэрацыі вальляка¹⁾.

Сьмяротнасьць пры Безэдавай хваробе, як відаць, у 4-5 разоў большая, чым вальляку:

<i>Уольтон</i>	189 выпадкаў	9 сьмярцей—4,9 проц. сьмяротнасьці
<i>Пэтрэн</i>	130 „ 10 „	7,7 „ „
<i>Лік</i>	218 „ 7 „	3,2 „ „
<i>Джыбсон</i>	34 „ 7 „	2,1 „ „
<i>Штых</i>	127 „ 11 „	8,7 „ „
<i>Мартынаў</i>	81 „ 5 „	6 „ „
<i>Оппэль</i>	75 „ 5 „	6,6 „ „
Сярэдняя	854 „ 54 „	6,3 „ „

Там, дзе аўтары даюць сумарную статыстыку, г. зн. вальляк прасты і вальляк базэдавічны—лічбы вельмі рознастайныя. Паводле даных *Ерыазэк* (1927 г.)—процант сьмяротнасьці вагаецца ад 0,5 проц. да 15,8 проц.—мабыць, залежна ад пераважаньня таго ці іншага віду вальліка, з аднаго боку, і спрактыкаванасьці хірурга—з другога. Так, мы маем лічбы: *Ногушы* (1929 г.)—3,3 проц. сьмяротнасьці на 882 выпадкі; *Дунгіль* (1929 г.)—2,7 проц. сьмяротнасьці на 300 выпадкаў. З другога боку, малыя лічбы даюць такі процант: *Вазьнясенскі*—41 выпадак—7 проц.; *Юдзін*—16 выпадкаў—6 проц.; мой матэрыял—46 выпадкаў—6,5 проц.

Выдаленьне наднырніц—паводле зборнай статыстыкі *Гэрцбэрга*—дае 19 сьмярцей на 110 выпадкаў, г. зн.—17 проц.; у *Оппэля* на 100 апэрацый было 8 сьмярцей, г. зн. 8 проц. сьмяротнасьці. Я рабіў гэту апэрацыю 5 разоў—выпадкаў сьмерці ня было.

Хваробы селязёнкі.

Хірургія селязёнкі не зьяўляецца асабліва важнай у колькасных адносінах, але яна можа нам даць некаторыя цікавыя лічбы.

У аўтароў з малымі лічбамі процант сьмяротнасьці пры спленэктоміі даволі значны.

¹⁾ У літаратуры мы маем і меншыя лічбы:

Крэйль на 1606 апэрацый меў 0,6 проц. сьмяротнасьці, *Сырынг Ульм*—на 1000 апэрацый—0 сьмяротнасьці.

Югзін . . . . .	.14	выпадкаў 5	сьмярцей 35	проц.
Вазьнясенскі . . . . .	.8	" 3	" 37	"
Мартынаў . . . . .	.7	" 3	" 42	"
Ранцы . . . . .	.14	" 2	" 14	"
Бэер . . . . .	.90	" 28	" 30	"
Окіншэвіч . . . . .	.30	" 3	" 10	"
Джыбсон 1908 г. . . . .	.61	" 12	" 18	"
Фінкельштэйн . . . . .	.64	" 26	" 39	"
Мэйо . . . . .	.337	" 34	" 10	"
Мой матэрыял . . . . .	.7	" 2	" 28	"

У Мэйо мы знаходзім яшчэ такія лічбы:

Гемояг. жаўтуха . . . . .	.225	выпадкаў 10	сьмярцей 4	проц.
Злаякасл. анэмія . . . . .	.154	" 22	" 14	"
Тромбопанія . . . . .	.120	" 9	" 8	"
Сьвіт. сіленомэгалія . . . . .	.27	" 7	" 25	"
Хвароба Банда . . . . .	.39	" 4	" 10	"

Усе гэтыя лічбы, датычныя вальляка і хвароб селязёнкі, вельмі цікавы ў тым сэнсьсе, што яны дэманстрацыйна сыцвярджаюць такі момант: чым большая спрактыкаванасьць хірурга і чым больш засяроджваецца ў яго матэрыялу, тым меншай бывае сьмяротнасьць.

З захворваньняў мачапалавых органаў я спынюся на каменнай хваробе і на гіпэртрофіі простаты.

Уяўленьне пра сьмяротнасьць пры апэрацыях камянёў нырак можна мець ад параўнаньня наступных лічбаў, узятых без асаблівага выбару.

Фёдароў . . . . .	.345	выпадкаў 26	сьмярцей 7,5	проц.	сьмяр.
Багаслоўскі . . . . .	.222	" 11	" 5,4	"	"
Спасакукоцкі			5,7	"	"
Штых . . . . .	.23	" 0	" 0	"	"
Джыбсон . . . . .	.19	" 1	" 5	"	"
Залого . . . . .	.16	" 3	" 18	"	"
Больніца імя Даста- еўскага . . . . .	.12	" 1	" 8	"	"
Чайка			1,28	"	"

Гэты процант 25-30 год таму назад быў большы, у Узрэля ён быў роўны 12,5 проц.

Рашаючым момантам і тут зьяўляецца больш раньняе зварачальнасьць хворых за хірургічнаю дапамогаю і лепшы стан; у тых самых хірургаў пры двух-бакавых камянях нырак процант сьмяротнасьці значна большы.

Кюстэр . . .	35 проц.
Фёдараў . . .	33,3 „
Ледэ . . .	34,5 „
Чайка . . .	33,3 „
Буль . . .	25 „

Або я магу падаць для параўнаньня дзьве статыстыкі, дзе ясна відаць значэньне ня столькі самога хірурга, колькі стану хворых.

Фёдараў		Спасакуноцкі	
Піэлэтомій . .	100—1 проц. сьмярот.	Піэлэтомій . .	60—0 проц. сьмяр.
Нефротомій . .	69—22 „ „	Нефротомій . .	— 6 „ „
Нэфрактомій . .	115—12 „ „	Нэфрактомій . .	— 9,5 „ „
Урэтротомій . .	42—0 „ „	Урэтротомій . .	—14,5 „ „

Камяні мачаточніка—паводле матэрыялаў *Вазьнясенскага* за апошнія 5 год—далі на 121 выпадак апэрацый (зборная статыстыка)—5 проц. сьмяротнасьці.

Лячэньня каменнай хваробы мачавога пузыра робіць таксама пэўныя посьпехі; вось для ілюстрацыі некаторыя лічбы:

Расія							
1858 г.	78 хворых	■	сьмярцей	10 проц.	сьмяротнасьці.		
1892 г.	1.765 „	145	„	8 „	„		
1902 г.	4.065 „	296	„	7 „	„		
1912 г.	7.389 „	349	„	4,7 „	„		

Для ілюстрацыі пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці я сабраў за гады 1872-1891—953 больнічныя выпадкі са 105 выпадкамі сьмерці, што складае 11 проц. *Якаўлеў* дае з гэтага-ж (і больш даўняга) пэрыяду больш высокія лічбы.

на 11.165 прамежжавых камнесячыннеў	13 проц.
на 902 сярэдзінных „	11 „
на 130 высокіх сячэньняў пузыра	20 „

Але ўжо пачатак нашага стагодзьдзя дае пры літотоміі ў дзяцей лічбы ў 7-8 проц. (*Александраў, Лезін* 1901 г.). *Фрэйер* у 1928 г. публікуе 1 проц. сьмяротнасьці на 200 апэрацый у дзяцей.

За выключэньнем запушчаных выпадкаў, літотомія цяпер не павінна даваць колькі-небудзь значнай сьмяротнасьці.

Разгледзець матэрыял пра сьмяротнасьць пры простатэктоміях цікава таксама і з пункту гледжаньня некаторых вывадаў, якія гэты матэрыял дазваляе зрабіць. Хворыя, з якімі даводзіцца мець справу—гэта старыя людзі, арганізм якіх зьня-

сіляецца, апрача таго, у залежнасьці ад уросэпсісу. З прычыны гэтага ня дзіва, што пры простатэктоміі бывае значная сьмяротнасьць.

У 1912 г. я, на падставе вялікіх лічбаў, атрымаў для простатэктоміі надлабк. 13 проц. сьмяротнасьці, простатэктоміі прамеж. 6,8 проц. сьмяротнасьці.

Цукеркандль у 1911 г. на конгрэсе ў Лёндане даў такія лічбы для простатэкт. надлабк. . . 18,79 проц. і для простатэктоміі прамеж. . . 9,5 проц.

Якія-ж лічбы мы маем цяпер? На падставе падліку 6.370 выпадкаў простатэктоміі надлабк. сярэдні процант сьмяротнасьці ў 10 аўтароў (я бяру сярэдні процант за апошнія гады,)—зьвяўляецца роўным 8,9 проц.

Я хацеў-бы зьвярнуць увагу на два моманты: значэньне падбору матэрыялу, спрактыкаванасьці хірурга і паказаньняў да таго ці іншага ўмяшаньня.

Найменшыя лічбы, якія ёсьць у зьменшанай вышэй табліцы —*Дэвіс* 2 проц., *Томбсон-Уокер* 4,4 проц., адносяцца да прыватных хворых з тым, каб добра паказваць значэньне раньняга звароту хворых і параўнаўча добрага стану арганізма.

Для дэманстрацыі спрактыкаванасьці хірурга я падам наступныя лічбы: у 1912 г. пры сярэдняй лічбе сьмяротнасьці для простатэктоміі надлабк. у 13 проц.-18 проц., *Фрэйер* на 1000 выпадкаў меў 5,5 проц.; *Мойнінген*—на 100 выпадкаў—8 проц.

Пры сярэдняй лічбе для простатэктоміі прамеж. у 6,8 проц.-9,5 проц., *Юнг* на 450 выпадкаў меў 3,7 проц. сьмяротнасьці.

Ня менш паказальнай зьвяўляецца такая таблічка:

<i>Фрэйер</i> меў на першыя 45 выпадкаў	11	проц.	сьмяротнасьці
„ на наступ.	110	„	10
„ „ „	170	„	9,4
„ „ „	203	„	8
„ „ „	322	„	7,5
„ „ „	200	„	4,2
<i>Юнг</i> меў на першыя	70	„	3
на наступ.	185	„	3,7
„ „ „	229	„	3
„ „ „	103	„	0

Далей ідзе пытаньне пра паказаньні да ўмяшаньня. Двохмo-мантную апэрацыю многія аўтары разглядаюць цяпер, як спосаб зьмяншэньня пасляопэрацыйнай сьмяротнасьці. Для прык-

ладу возьмем лічбу *Кютнера* — у якога пры аднамомантнай апэрацыі было 8 проц. сьмяротнасьці, пры двухмомантнай— 6 проц. Але пры іншых паказаньнях, калі двухмомантная апэрацыі пакідаецца толькі для самых цяжкіх выпадкаў, яна можа даць і процілеглыя лічбы. Так. *Штых*, маючы пры простатэктоміі 10,8 проц. сьмяротн.—атрымлівае ад першага моманту толькі высокага сячэньня пухыра—30,8; *Тэйш* пры 4,5 проц. сьмяротнасьці, ад двухмомантнай апэрацыі атрымалівае 28 проц. і г. д.

Захворваньні канцавін становяць сабой вельмі рознастайную групу, каб можна было злучыць іх разам. Таму для агульнай характарыстыкі я падам некаторыя германскія лічбы. З табліцы ясна відаць розьніцы паміж небяспэчнаю захворваньняў пачасовых тканак канцавін.

	Гады	Лік выпадаў	Сьмярцей	Прог. сьмяротн.
Хваробы касьцей (бяз сухот)	1923	22.919	692	2,5
„	1924	26.912	685	2,1
„	1925	28.488	697	2,4
„	1926	30.993	665	2,1
Хваробы суставаў (бяз сухот, рэўматызму, падагры)	1923	28.994	324	1,1
„	1924	36.796	287	0,8
„	1925	45.725	330	0,7
„	1926	49.334	312	0,6
Захворваньні цягліц, сухажылаў сьлізінічных кішэнь	1923	13.879	58	0,4
„	1924	17.190	59	0,3
„	1925	20.235	62	0,3
„	1926	20.891	61	0,3

Мой матэрыял расстройтваў жыўленьня канцавін такі:

Верхняя і ніжняя канцавіна

Расстройствы жыўленьня.

Судзіінныя

	Лік выпадаў	Опэрацый	Сьмярцей.
Спэнт гангрэна	15	21	2
Іншыя гангрэны	6	4	1
Анэўрызмы	3	3	—
Эмболія артэрыяў	3	2	—
Расшырэньне вон	27	24	—
Флёбіты	9	—	—
Язвы варыкозныя	6	5	—
Элефантазіс	4	4	—

Неўрогенныя

	Лік выпадаў	Операцый
Сырынгоміялія	2	1
Язвы ступы	14	7
Язвы кульцый	2	2
Каўзальгія	2	2

Эндокрынныя

Склеродэрма	1	1
Дачасовая пал. сьпеласьць	1	—

Статыка-дынамічныя захворваньні (ортэпэдычныя)

Косыя і суставы	38	27
---------------------------	----	----

133 вып. 103 оп. 3 сьмерці
2,5 проц.

З а к л ю ч э н ь н е

Найбольш вызначаючым сьмяротнасьць фактарам зьяўляецца само захворваньне—у сэнсье яго сутнасьці—па-першае, і лёкалізацыі—па-другое. Пасьля падрабязнага разгляду сьмяротнасьці пры цэлым радзе захворваньняў, наўрад ці ёсьць патрэба зноў суміраваць гэтыя даныя, тым больш, што на лічбы, паданыя вышэй, я гляжу хутчэй як на прыкладныя паказальнікі, чым як на матэматычныя вылічынні. Вывады-ж з паданага матэрыялу настолькі зразумелыя, што не патрабуюць асаблівага падкрэсьліваньня.

З цяці галоўных груп захворваньняў на першым месцы, па сваёй небясьпечнасьці, стаяць пухліны, а ў іх галоўным чынам, пухліны ўнутраных органаў—мазгоў, страўнічна-кішачнага тракту і яго залоз і т. д. Сапраўднае змаганьне са сьмяротнасьцю ад злаякасных пухлін магчыма толькі пасьля разьвязаньня праблемы раку і значыць, ляжыць у галіне навукі; зараз-жа нашы палітыўныя мерапрыемствы зводзяцца да захадаў соцыяльных агульнай профіляктыкі, больш раньняга дыягназу і больш радыкальнага опэраваньня.

Група аномалій зьяўляецца сваяасаблівай. Яна дае вялікую сьмяротнасьць ад дзвёх прычын: несумяшчальнасьць аномаліі з жыцьцём і агульны кепскі стан выродлівага арганізма. З прычыны гэтага такія дзеці гінуць вельмі рана. Тым, што выжываюць, аднак, кепска пераносяць нашы хірургічныя мерапрыемствы. Малая колькасьць гэтых прыраджаных аномалій параўнаўча з іншымі захворваньнямі дае права ня спыняць на іх асаблівай ўвагі.

Па небяспечнасці на другім месцы пасля пухлін стаіць група траўм. Змаганьне тут павінна весціся, галоўным чынам, ў галіне сацыяльнай: папярэджаньне траўм, асабліва цяжкіх, лепш за ўсё разьвяза пытаньне. Далей, трэба палепшыць арганізацыю падачы першай і канчатковай хірургічнай дапамогі, наблізіць яе да насельніцтва, асабліва да арганізаваных груп і паскорыць у часе.

Дзьве групы—запальных захворваньняў і расстройтва жыўленьня—стаяць прыблізна на адным узроўні ў сьмьслась сьмяротнасьці. Запаленьні сэрэзных абалонак поласьцей, абсцэсы ўнутраных органаў—у адной групе і ілеус у другой групе—галоўныя ворагі, супроць якіх павінна быць накіравана ўся вастрыня клінічнага вывучэньня.

Пры сучасным стане лячэньня сакрэт зьмяншэньня сьмяротнасьці заключаецца ў тых жа момантах—набліжэньні хірургічнай дапамогі да насельніцтва і прапагандзе раньняга апэраваньня.

Так разьмяркоўваюцца ў сьмьслась небяспечнасці гэтыя пяць асноўных груп. Але сьмяротнасьць залежыць яшчэ ад лёкалізацыі. Мабыць ня мае сэнсу спроба выразіць у лічбах каэфіцыент сьмяротнасьці ў залежнасьці ад лёкалізацыі процэсу; у асноўных-жа рысах гэта зразумела кожнаму.

Мельнікаў прабаваў падзяліць усе хірургічныя захворваньні на пяць груп:

I група—дае 65 проц. сьмяротнасьці—хваробы мазгоў, сэрца, лёгкіх;

II група —дае да 30 проц. сьмяротнасьці—гарляк, трахея, хрыбетнік, паравеньні жывата, кішкі;

III група—дае да 20 проц. сьмяротнасьці—зашчэмленыя грыжы, печань, страўнік;

IV група—дае да 10 проц. сьмяротнасьці—вострыя апэндыцыты, остэоміэліты і т. д.

V група—дае да 1 проц. сьмяротнасьці—усе іншыя процэсы

Яснай зьяўляецца надзвычайная схэматычнасьць такога падзелу, і я лічу лішнім станавіцца на гэты шлях. Можна сказаць толькі адно: пры аднолькавых умовах паражэньні ўнутраных органаў і сэрэзных абалонак больш небяспечны, чым паражэньні іншых органаў і частак цела; з унутраных органаў—асабліва небяспечны—захворваньні і пашкоджаньні галаўных мазгоў, сэрца, унутрыбрушынных органаў.

Б. УПЛУЎ НА СЪМЯРОТНАСЬЦЬ „ЗАПУШЧАНАСЬЦІ“ ЗАХВОР- ВАНЬНЯ.

Наступным па сваім значэньні фактарам з умоў, што робяць уплыў на хірургічную сьмяротнасьць, зьяўляецца стан захворваньня, або, як я яго называю, „фактар запусчанасьці“. Ён мае ўнівэрсальнае значэньне—і для ўсіх этылёгічных груп захворваньняў, і для ўсіх лёкалізацый захворваньня. Кожны хірург мае так шмат даных у гэтых адносінах, што не даводзіцца траціць шмат слоў на асьвятленьне гэтага моманту.

Значэньне фактару запусчанасьці (інакш кажачы часу) для вострых выпадкаў настолькі ясна і ілюстравана ўжо вышэй на многіх выпадках, што я абмяжуюся тут толькі некалькімі лічбамі. Для апэндыцыту *Бовэр і Клярк* (Філядэльфія) выяўляюць гэта значэньне вельмі дэманстрацыйна: у 1922 г.—сярэдні лік гадзін дастаўкі хворага пасля пачатку яго захворваньня—85,2—сьмяротнасьць —9,6 проц.; у 1923 г.—сярэдні лік гадзін—49,5—сьмяротнасьці—1,53 проц.

Гольдэн дае такія лічбы для ілюстрацыі значэньня раньняй дыягностыкі і раньняй апэрацыі пры ілеусе. У выпадках, ім асабіста дыягнэзаваных і апэраваных, ён меў на 51 выпадак 6 проц. сьмяротнасьці, а ў 84 выпадках, атрыманых ад іншых урачоў, дзе прайшло шмат часу ў хістаньнях—27 проц. сьмяротнасьці.

Пэрытоніты наводзе *Гарэ* даюць пры апэрацыі.

Праз 12 гадзін—	28 проц. сьмяротнасьці
24 „ —	63 „ „
36 „ —	87 „ „

Зьмяшчаю навялічкую табліцу проц. сьмяротнасьці пры пэрфоратыўнай язьве страўніка.

Гадзіны опэрацый	Красіннаў	Мануілаў	Пальк	Гертле
1—6	5,5 проц.	7,68 проц.	10,5 проц.	48 проц.
6—9	20 „	53,3 „	50 „	54 „
9—12	40 „	—	—	—
12—24	46 „	—	—	79 „
24—48	71 „	100 „	80 „	93 „
больш 48	100 „	—	—	—

Значэньне раньняй апэрацыі і зьвяртальнасьці хворых пры пэрфоратыўнай язьве яшчэ лепш дэманструецца данымі *Петрашэўскай*: да 1914 г. сьмяротнасьць была—62,9 проц.; у 1914-1928 г. г. —37,2 проц. Пры гэтым процант раньніх апэрацый да 1914 г.—

19,6, ад 1914 г.—40 проц. Ранняя зьвяртальнасць павялічылася ў два разы; сьмяротнасць зьменшылася амаль у два разы.

Гэтыя, так званыя, вострыя хваробы намі дастаткова разгледжаны раней і таму спыняцца больш на іх няма патрэбы. Але трэба яшчэ раз падкрэсьліць, што побач з траўматычнымі і безадкладнымі выпадкамі, мы сустракаем яшчэ больш хронічных выпадкаў, у чым вінаваты часткова самі хворыя, а часткова ўрачы.

У разьдзеле пра пухліны я ўжо паказаў лічбы неопэрабельных ракаў. *Фукс-Панэк* у 1928 апублікаваў работу, дзе даводзіў, што на 1.717 выпадкаў неопэрабельных ракаў віна хворага або ўрача мела месца ў 1.282 выпадках.

Запушчаныя пляўрыты, анэндыцыты, холецыстыты, холянгіты і т. д. сустракаюцца заўсёды ў практыцы хірурга. Значнасьць зьнясіленасьці і няўстойлівасьці ў такіх запушчаных хворых відаць з таго, што часам і так званыя „пробныя“ опэрацыі канчаюцца сьмерцю. Напр., у *Вазьнясенскага* на 243 выпадкі сьмерці 15 сьмярцей было ад „пробных“ опэрацый, г. зн. 6 проц.

Уплыў такога моманту, як агульная ўстойлівасьць відаць напр., з наступных даных. Абухоўская больніца дала сьмяротнасьць:

у 1913 г.	. . . . .	3,8 проц.
„ 1917 .	. . . . .	7,9 .
„ 1918 .	. . . . .	11,1 .
„ 1919 .	. . . . .	13 .

Гэта павялічэньне сьмяротнасьці прыходзіцца тлумачыць амаль выключна няўстойлівасьцю ў галодныя гады.

Побач з такім фактарам, як характар самога захворваньня, гэты момант—запушчанасьць захвораваньня—адыгрывае другую па важнасьці ролю. Ва ўзьнікненьні самога захворваньня часам вінаваты такія моманты, якія ляжаць па-за нашым узьдзеяньнем; у адносінах да запушчанасьці захвораваньня мы знаходзімся ў іншых умовах. Першым і самым важным фактарам змаганьня з такою запушчанасьцю трэба лічыць добрую організацыю блізкай да насельніцтва мэдычнай дапамогі; у паасобку дыспансэрны мэтад зьяўляецца дастатковай гарантыяй таго, што захворваньне будзе выяўлена ў самым пачатку яго разьвіцьця. Для правільнага хірургічнага значэньня вельмі важна вызначыць тую мяжу, дзе павінна быць спынена консэрватыўнае лячэньне і дзе трэба распачаць опэрацыйны мэтад. Хірургія вымушана з жалем адзна-

чыць, што апэрацыйны мэтад лячэння шмат якіх захвораванняў разглядаецца яшчэ і да гэтага часу, як выключэнне, і іменна гэты погляд параджае шмат непаразуменняў у той галіне, пра якую ідзе гутарка. Такім чынам і атрымліваюцца сотні хворых, якія зьяўляюцца да хірурга або тады, калі ўжо немагчыма што-небудзь зрабіць, або тады, калі апэрацыйнае ўмяшаньне для хворага зьяўляецца небяспечным. Атрымліваюцца зачараваны круг: кепскія вынікі запозьненых апэрацый адпужваюць хворых і ўрачоў і „слава“ апэрацыі, як „крайняга сродку“, замацоўваецца ўсё больш. У гэтым пункце, зразумела, неабходзен рашучы пералом, якога можна дасягнуць выключна сумеснай работай тэрапэўта і хірурга і вялікай растлумачальнай работай у адносінах да хворых. Посьпехі хірургіі ў сучаснай стадыі яе разьвіцця—хірургіі масавай—на бліжэйшы пэрыод будуць залежыць не ад прогрэсу самой хірургіі, а, галоўным чынам, ад стварэння спрыяльных да яе адносін сярод мас насельніцтва.

З мерапрыемстваў, якія маглі-б радыкальна зьмяніць справу, мабыць, трэба назваць іншае разьмеркаваньне спэцыяльнасьцяй, чым гэта мае месца ў сучасны момант. І сапраўды, цяпер ужо ёсьць цэлы рад спэцыяльнасьцяй, прадстаўнікі якіх уладаюць і консьэрватыўным і апэрацыйным мэтадамі лячэння. У гэтых спэцыяльнасьцях можа ўзьнікнуць пытаньне пра больш консьэрватыўны ці больш радыкальны кірунак у справе лячэння, але ніколі ня можа ўзьнікнуць канфліктаў, якія часта бываюць пры „перадачы“ хворага тэрапэўтам хірургу. Магчыма, што надышоў час, каб падзяліць мэдыцыну па органах і сыстэмах з тым, каб урач уладаў адначасова і хірургічным мэтадам. Тады зьнікнуць гэты шкодны падзел на „тэрапэўта“ і „хірурга“ з усімі яго пасьледствамі, як навукова-мэтодологічнымі, так і бытавымі, якія прыводзілі часта да таго, што мы, хірургі, называем „запушчаным выпадкам“.

В. УПЛЫЎ ОПЭРАЦЫЙНАГА ЎМЯШАНЬНЯ НА ХІРУРГІЧНУЮ СЬМЯРОТНАСЬЦЬ.

Кожнаму хірургу зразумела важнасьць асобнага выдзяленьня пытаньня пра пасьляопэрацыйную сьмяротнасьць, і гэта акалічнасьць, мабыць, не патрабуе тлумачэння. Мэтаю аналізу пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці зьяўляецца адказ на два пытаньні:

- 1) Ці не зьяўляецца часам сама апэрацыя прычынай сьмерці?
- 2) Якія адмоўныя бакі апэрацыі і як змагацца з імі?

Цяжкасьць адрознення сьмерці ад опэрацыі і сьмерці пасля опэрацыі прыводзіць да таго, што ў пасляопэрацыйную сьмяротнасьць залічаюцца ўсе выпадкі, і толькі наш далейшы аналіз можа выявіць прычынную сувязь паміж опэрацыяй і сьмерцю.

Аналіз прычын пасляопэрацыйнай сьмяротнасьці.

Аналіз прычын пасляопэрацыйнай сьмяротнасьці я раблю на падставе вывучэння 1.607 выпадкаў, атрыманых мною пры літаратурным выяўленьні пытання і 257 выпадкаў уласнага клінічнага матэрыялу. У асноўных рысах гэты матэрыял разьмяркоўваецца такім чынам.

А. Паводле літаратурных даных—1.607 выпадкаў:

1. Сьмерці, маючыя сувязь з агульным кепскім станам хворага, або кепскім станам важных органаў	493—30 проц.
2. Сьмерці ў выніку інфэкцыі	418—26 "
3. Лёгачныя аскладненьні	272—17 "
4. Крывяцязьні	62— 3,8 "
5. Эмболіі і тромбозы	56— 3,5 "
6. Аскладненьні з боку брудных органаў (ілеус і інш.)	184—11,7 "
7. Іншыя прычыны	122— 8 "

Б. На сваім матэрыяле я меў з 257 сьмяротцаў

1. Сьмерці, залежныя ад інфэкцыі	92—35 "
2. Сьмерці ў залежнасьці ад агульнага дрэннага стану хворага або дрэннага стану органаў	78—30 "
3. Лёгачныя аскладненьні	24— 9 "
4. Крывяцязьні	4— 2 "
5. Эмболіі і тромбозы	4— 2 "
6. Брудныя аскладненьні	19— 7 "
7. Іншыя прычыны	36—15 "

Некаторую розьніцу ў лічбах я тлумачу пэўнай розьніцай матэрыялу (многа экстрэнных выпадкаў у маім матэрыяле), але ў асноўным гэтыя лічбы вельмі паказальныя: 74 проц., г. зн. $\frac{3}{4}$ усіх выпадкаў пасляопэрацыйнай сьмерці ад дрэннага стану хворага, інфэкцыі і лёгачных аскладненьняў—гэта лічба аднолькавая ў абедзьвух статыстыках.

Далейшай маею задачай зьяўляецца больш паглыблены аналіз гэтых паасобных прычын сьмерці.

Дакладна разьмежаваць такія прычыны пасляопэрацыйнай сьмерці, як шок, сэрдэчная недастатковасьць, уплыў наркозу, недастатковасьць печані, нырак, агульнае зьнясіленьне—цяжка,

таму што часцей за ўсё ў наяўнасці ўсе або шмат якія з гэтых прычын. Калі пагібае малады, здаровы організм—у якасці прычыны смерці мы можам выдзеліць наркоз або шок; але гэта бывае рэдка. Звычайна паміраюць больш старыя хворыя з цяжкімі запушчанымі захворваннямі, і таму вызначыць прычыну смерці тут вельмі цяжка. Дзякуючы гэтаму я вымушаны злучыць усе гэтыя даныя разам.

Гэтым тлумачыцца тая акалічнасць, што назвы асноўнай прычыны, якая выклікала смерць, у гэтых выпадках вельмі рознастайныя. На паказаныя 493 смерці ад гэтых прычын адзначана:

Сардэчная слабасць.	93	разы
Шок і сардэчная слабасць.	243	„
Шок	99	„
Наркоз, шок і сардэчная слабасць	20	„
Наркоз адзін	6	„
Сардэчная слабасць і недастатковасць печані	10	„
Недастатковасць печані.	18	„
Недастатковасць нырак	12	„
Ацыдоз	1	„
Смерць на стапе.	3	„

Сярод гэтых выпадкаў пераважную большасць складалі хворыя, старыя на ўзрост, знясіленыя такімі захворваннямі, як злаякасныя пухліны, галоўным чынам—страўнічна-кішочнага тракту, пухліны мазгоў і наогул хваробы, якія абумоўліваюць сабою інтоксыкацыю з боку сэрца, печані і нырак. На падставе сваёй практыкі я магу сцьвярджаць, што гэта пераважна хворыя з запушчанымі хваробамі, якія зьяўляюцца для апэрацыі ўжо ў няспрыяльнай для сябе стадыі, таму ня дзіва, што сярод іх шмат хто робіцца афірай смерці. Нідзе не выяўляецца так згубна „адмоўная фаза“ апэрацыі, як іменна на такіх хворых. Само ўмяшаньне на органах брушной поласці ці іншых з разгалінаванай сымпатычнай сыстэмай робіць вялізарны ўплыў, закранае рэзка вазаматорны цэнтр; апэрацыі пры найлепшай тэхніцы патрабуюць шмат часу; патрэбен агульны наркоз або іншы від анестэзіі, які дае падзеньне крывянога ціску—усё гэта і цягне за сабою смерць. Такіх сьмярцей мы больш за ўсё назіраем іменна пры брушных апэрацыях. *Магазынік* (1928 г.), дасьледваючы прычыны смерці пасля рэзэкцыі страўніка, атрымаў амаль такі самы процант—слабасць сэрца—11,9 проц., шок—4 проц., знясіленасць—6,3 проц.—г. зн. усяго 22,2 проц. У сабранай мною ста-

тыстыцы гэта прычына адзначана 251 раз на 1095 выпадкаў сьмерці пры апэрацыях на страўніку; 86 разоў на 108 выпадкаў сьмерці ад апэрацый на мазгах; 24 разы на 46 вып. сьмерці ад проста-тэктоміі; 11 разоў на 16 апэрацый на нырках; 6 разоў на 15 вып. сьмерці пры апэрацыях з прычыны Базэдавай хваробы; 32 разы на 89 вып. сьмерці пры апэрацыях на жоўцевых шляхах. Усё гэта сьведчыць аб тым, што іменна ў гэтых галінах „запуска-насьць“ дасягае асабліва вялікіх разьмераў. Праўда, за апошнія часы мы атрымалі рад сродкаў, якія паслабляюць дзеянне кож-нага з гэтых няспрыяльных фактараў: падрыхтоўка сэрца, змагань-не з печанёвай недастатковасьцю спосабам інсулінізацыі, знач-нае расшырэньне поля мясцовай анастэзыі, абарочваньні вялі-кіх аднамомантных апэрацый у шматмомантныя—нашы галоўныя прыёмы. Але яны ўсё-ж такі зьяўляюцца паліятывамі, і сакрэт далейшага зьмяншэньня гэтай рубрыкі сьмярцей заключаецца толькі ў адным—раньняй апэрацыі. Нажаль, на шляху да гэтага стаіць цэлы рад момантаў. Па-першае, пры шмат якіх захвор-ваньнях цяжкай зьяўляецца раньня дыягностыка (прыклад—рак страўніка). Па-другое, у іншых выпадках вінаваты ўрачы, якія ня ўмеюць паставіць зусім магчымы дыягназ (прыклад—рак кут-ніцы, які прымаецца за геморой, хоць дастаткова пальцавага дасьледваньня, каб вызначыць дыягназ). Па-трэцяе—шмат якіх з гэтых хворых, знаходзяцца ў руках тэрапэўтаў, лекацца гэ-тымі апошнімі за тымі межамі, дзе тэрапэўтычнае лячэньне можа мець посьпех. І нарэшце, раньняй апэрацыі перашкаджае баязьлівасьць самых хворых, якіх адмаўляюцца ад сваячасовай, хоць і сур'ёзнай апэрацыі з тым, каб праз некаторы час пайсьці на запозьненую і небясьпечную апэрацыю.

Зразумела, што цэлы рад захворваньняў, якіх бываюць у ста-рых людзей, або паражваюць найважнейшыя для жыцьці органы (мазгі і т. д.) і надалей будуць даваць пэўны процант пасля-апэрацыйнай сьмяротнасьці у залежнасьці ад дрэннага стану ўсяго арганізма ці паасобных органаў.

Але значная доля гэтай сьмяротнасьці, бязумоўна, можа быць унікіута выключна шляхам правільных аднасін да справы самых урачоў. Я назваў-бы той кірунак, якога трэба трымацца хірургіі ў будучыні—абачлівым радыкалізмам. Хірург-консэрватар, які ад-маўляецца рабіць апэрацыю ў больш-менш рызыкаўным выпад-ку, наўрад ці робіць правільна, але і той, які робіць апэрацыю ў амаль безнадзейным выпадку—компромэтуе апэрацыйнае ўмя-шаньне. Бяда ўрачоў і хворых у шмат якіх выпадках заключаецца

нясумненна ў падзеле такіх спецыяльнасцяй—як тэрапія і хірургія. Нават найбольш радыкальны тэрапэўт ня можа мысьліць як хірург; адсюль—мімавольнае адцягненьне апэрацыі, пропуск выгаднага тэрміну і т. д. У канчатковым рэзультаце выпраўленьне ўсіх гэтых памылак залежыць ад нас і таму неабходна настойліва дамагацца ў інтарэсах хворых агульнай мовы паміж хірургам і тэрапэўтам (гл. пра гэта вышэй).

З прычыны таго, што кампанэнт сардэчнай слабасьці адыгрывае пераважную ролю амаль у $\frac{3}{4}$ усіх выпадкаў, дык пытаньне пра вызначэньне сардэчнай дастатковасьці перад апэрацыяй зьяўляецца для хірурга вельмі важным. Аднак, да гэтага часу ўсе запрапанаваныя мэтоды не дасягаюць мэты, бо ўсе яны зьяўляюцца паказальнікамі толькі таго, як спраўляецца сэрца з цяжкасьцямі мэханічнага характару. Пры апэрацыі-ж параўнаўча рэдка задачы бываюць іменна такога роду (анэўрызмы і т. д.), звычайна-ж справа ідзе аб інтоксыкацыі (наркоз) і раздражненьні нэрвовага характару. Вос чаму і цяпер агульная клінічная ацэнка стану хворага адыгрывае большую ролю, чым функцыянальная проба; памылка-ж пры такой клінічнай ацэнцы, нажаль, зусім магчыма.

Ніколі не забудуся я на адзін выпадак, сьведкаю якога давялося быць. У часе вайны ў 1915 г. адзін таварыш, зьбіраючыся зрабіць энуклеацыю вочнага яблыка ў астатнім зусім у здаровага і моцнага маладога салдата і жадаючы паказаць значэньне пробы *Штанге*, зрабіў яе ў хворага перад наркозам на маіх вочах. Праба дала лічбу значна вышэй нормы, што аднак не перашкодзіла таму, каб праз некалькі мінут хворы ляжаў на апэрацыйным стале ўжо мёртвым: ён загінуў у пачатку наркозу і ніякімі сродкамі немагчыма было яго выратаваць.

У данай групе прычын сьмерці спыняюць на сабе ўвагу дзьве лаасобныя рубрыкі: шок, наркоз.

Ці можна ўявіць сабе сьмерць хворага ад шоку пры ўмовах маладога або параўнаўча маладога ўзросту і добрага стану найважнейшых органаў? Мне здаецца, што такія выпадкі павінны быць вельмі рэдка і толькі спалучэньне вельмі доўгачасовай апэрацыі з вялікай стратай крыві пры гэтым могуць у адзіночных выпадках выклікаць шок. Ва ўсіх-жа іншых выпадках апэрацыя звычайна толькі ўзмацняе шок: мы гэта назіраем пры апэрацыях з прычыны пашкоджаньняў, непраходнасьці кішчонкі, зашчэмлених грыж і т. д. Пра сапраўдны шок пры іншых спрыяльных умовах можна, мабыць, гаварыць толькі ў выпадках апэрацыі пухлін на мазгах.

Пры ўліку значэння сьмярцей ад наркозу, мы павінны ад-
розыніваць сьмерці пры кепскім агульным стане органа і
недастатковасьці паасобных яго сьстэм ад сьмярцей выпадко-
вых. Пра сьмерці першага парадку няма патрэбы гаварыць: яны
па-сутнасьці, цалкам уваходзяць у папярэдні аддзел. Гэта ў па-
асобку падцьвярджаецца радамі наказаньняў аўтароў на небясь-
печнасьць агульнага наркозу ў пэўных хворых: напрыклад, у хворых
паражэньнямі печані, хворых на жоўцевыя захворваньні, з агуль-
нымі інфэкцыямі і т. д. *Валькані* (1928 г.) дае такія лічбы: вы-
падкі з інфэкцыяй (жоўцевых шляхоў і т. д.)—з опэраваных
у наркозе памерла—44 проц., з опэраваных пад мясцовай
анэстэзіяй 17 проц.

На сувязь сьмерці ад наркозу з жоўцевымі захворваньнямі
(печані) указвае і *Пятроў*.

Сярод маіх выпадкаў сьмерці ад наркозу пры позьніх опэ-
рацыях—я меў таксама адзін выпадак захворваньня жоўцевага
пузыра і хадзоў у маладой жанчыны.

Выпадкі сьмерці ад наркозу, ня гледзячы на добры стан ор-
ганізма—сьмерці на стане—усё-ж зьяўляюцца вельмі рэдкімі.
На ўказаньні 1.607 выпадкаў пасляопэрацыйнай сьмерці такіх
сьмярцей зазначана 6, г. зн.—0,3 проц., а калі ўзяць гэту лічбу на
колькасць опэрацый (лічачы 1 проц. пасляопэрацыйнай сьмя-
ротнасьці роўным 5 проц.)—32.000, дык атрымаецца і сьмерць на
12.000, г. зн. 0,008 проц.

За 4 гады *Марковіч* у Растове п/Д зрабіў 3 ускрыцьці пры
сьмярцах ад хлёраформу: адзін выпадак—сьмерць у часе
хлёрафармаваньня, і два—праз 6 гадзін пасля наркозу. Калі лі-
чыць колькасць опэрацый у Растове за год ня менш—2.000, дык
за 4 г. прыпадзе і сьмерць на 8.000 опэрацый, г. зн. прыблізна
тая самая лічба, якая паказана вышэй. Небясьпека такой сьмер-
ці тым меншая, што за апошні час вельмі нашыраецца мясцо-
вая анэстэзія. Небясьпекі-ж мясцовай анэстэзыі паказваюцца
наступнымі лічбамі: *Клётц*—1929 г. сабраў у літаратуры 157 вы-
падакў сьмерці пры мясцовай анэстэзыі, пры чым сьмерць ад-
былася:

зараз-жа	. . .	16 разоў
праз 5 мінут	. . .	17 „
„ 1 гадзіну	. . .	72 „
„ 24 „	. . .	41 „

З 157 выпадкаў—ва ўролёгічных—26 разоў, у хірургічных—
29 разоў, і астатнія залежаць да іншых спэцыяльнасьцяй.

З 29 выпадкаў—7 было вальлякоў; прычына—надта вялікая доза або ўпырскваньне ў вэну. Такім чынам, хірургі могуць прыняць на сваю долю 55 выпадкаў, што ў параўнаньні з агульнаю колькасьцю мясцовых анэстэзый дае вельмі нязначную лічбу сьмяротнасьці.

Пры параўнаньні лічбаў розных устаноў мы бачым, што каля $\frac{1}{3}$ часткі ўсіх апэрацый усюды робіцца пад агульным абязбольваньнем. У *Шаака* ў клініцы гэта лічба зьведзена да 20 проц.

Матэрыял маёй клініцы паказвае наступнае (з 1914 г. па 1929 г.): хлёрэфарм чысты ўжо амаль ня ўжываецца; эфір трымаецца на малой лічбе (для асаблівых выпадкаў); сумесь ($\frac{1}{3}$ хлёрэф. $\frac{2}{3}$ эфіру, часам $\frac{1}{4}$ хлёр. $\frac{3}{4}$ эфіру ўжываецца ў каля 30 проц. выпадкаў апэрацый.

Мясцовая анэстэзія—з 20 проц. (у 1924 г.) узрасла да 60 проц. (у 1929 г.)

Сьпіннамазговая анэстэзія ўжываецца рэдка.

Вывады: чысты шок і чыстая наркозная сьмерць у эты-олёгіі пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці зьяўляюцца рэдкімі. Шок і наркоз забіваюць тых хворых, якія падрыхтаваны да гэтага ўзростам, цяжкасьцю ці запусьчанасьцю сваёй хваробы. Апошнія моманты зьяўляюцца асноўнымі, чым тлумачыцца сьмерць у хворых гэтай групы.

Наступную вялікую групу пасьляопэрацыйных сьмярцей складае інфэкцыя—26 проц. літаратурных выпадкаў і 30 проц. маіх уласных. Такім чынам мы бачым, што і цяпер бактэрыяная інфэкцыя вырывае ў нас вялізарную колькасьць людзей. Ня прыходзіцца, зразумела, параўноўваць лічбы нашых часоў з эпохай даантысэптычнай; але калі ўзяць эпоху больш позьнюю напр., лічбы *Більрота*, дык мы ўбачым, што ў Цюрыху ў яго ад аскладненьняў рані намерла 44,4 проц. усіх загінуўшых, у Вэне—39,3 проц. Такім чынам, розьніца паміж сучаснымі лічбамі і лічбамі *Більрота*, зразумела, значная, але ўсё-ж не настолькі вялікая, якой, можа, трэба было чакаць.

Пры аналізе пасьляопэрацыйнай інфэкцыі першым трэба паставіць пытаньне пра тое, ці інфэкцыя існавала ўжо да апэрацыі ці яна ўнесена хірургам. Далёка не ва ўсіх выпадках магчымы дакладны адказ на гэта пытаньне. Аднак, калі ня прытрымлівацца дакладнасьці, дык цалкам магчыма адказаць на яго такім чынам, што ў большай палавіне выпадкаў сьмерці ад інфэкцыі апошняя ўжо існавала да апэрацыі. На маім матэрыяле гэты процант яшчэ большы, на 78 выпадкаў загінуўшых у выніку інфэкцыі

только ў 28 інфекцыю можна прызнаць унесенай пры операцыі; у астатніх 50 выпадках яна ўжо была да операцыі: пэрытоніты пасля апэндыцыту, пэрфарацыі язвы, траўмы жывата, пляўрыты, остэоміэліты і т. д. Калі такім чынам узяць толькі выпадкі пасляоперацыйнай сьмерці ад інфекцыі, унесенай хірургам, дык для літаратурных выпадкаў і для маіх гэта дасць 11-12 проц. адносна ўсёй пасляоперацыйнай сьмяротнасьці. *Пятроў* называе лічбу—13,4 проц.; *Штых*—9,4 проц.; у мяне—11 проц. Працягваючы гэты аналіз, я павінен зазначыць, што вялізарная большасьць гэтых выпадкаў мае сувязь з операцыямі ў брушной поласьці. На 202 выпадкі (літаратура), дзе можна лічыць, што інфекцыя ўнесена хірургам, 172 операцыі былі на страўніку, кішэчніку і жоўцевых шляхах. Рэшта—22 выпадкі—сьмерці ад мэнінгітаў, што ўзьніклі пры выдаленьні пухлін мазгоў, і толькі 8—ад выпадковай іншай інфекцыі. Той-жа малюнак па сутнасьці і ў мяне: на 28 выпадкаў—5 сьмярцей ад інфекцыі мазговых абалонак, усе астатнія—ад пэрытонітаў пасля операцый на органах брушной поласьці.

Калі інфекцыя ўжо ўнесена, дык пытаньне аб змаганьні з ёю зводзіцца да ўжо разабраных намі мэтодаў змаганьня з запаленьнем. У належным месцы мы прышлі да заключэньня, што адным з галоўных мэтодаў гэтага змаганьня цяпер зьяўляецца магчыма больш раньняя операцыя; і сапраўды, усё, што ў гэтых адносінах выказана пры аналізе сьмяротнасьці ад розных захворваньняў, цалкам адпавядае цяперашнім нашым разважаньням. Вельмі позьняе зьвяртаньне хворых на ўласнай віне, а таксама і па віне дактароў, зьяўляецца прычынай сьмяротнасьці—больш частай, як цяжкасьць самой інфекцыі.

Застаюцца выпадкі, калі інфекцыя ўнесена ў часе операцыі. Як я ўжо зазначыў, гэта—операцыі, якія маюць сувязь з раскрыцьцём полых органаў, асабліва страўніка і кішак. Хірургічная думка даўно б'еца над праблемай асэптычнага кішочнага шва. Але і да гэтага часу пытаньне не разьвязана настолькі, каб можна было гарантаваць адсутнасьць пэрытоніту ва ўсіх падобных выпадках. Можна разлічваць, што далейшае ўдасканалваньне тэхнікі дасць зьмяншэньне колькасьці падобных выпадкаў. І калі цяпер, паводле аькеты *Магазаніка*, 30 проц. загінуўшых пры рэзэкцыі страўніка памерла ад пэрытоніту, дык ня трэба быць прарокам, каб з упэўненасьцю прадракі, што ў будучыню гэты процант будзе зьмяншацца.

Значны процант інфекцыі мазговых абалонак пры операцыях на галаўных і сьпінных мазгах, на маю думку, мае сувязь (пры

лёгкай інфэктавальнасьці гэтых абалонак) з працягласьцю адпаведных опэрацый. Асаблівыя ўласьцівасьці мазгоў вымагаюць надзвычайна далікатнага опэраваньня, што выклікае павольнасьць і маруднасьць опэрацыі і, такім чынам, абалонкі мазгоў выстаўляюцца на доўгі час пад дзеянне знадворнага няпрывычнага для іх асяродзьдзя; гэта прыводзіць да павялічэньня магчымасьці інфэкцыі.

Трэцяе, на што я хочу заўважыць, гэта магчымасьць успышкі так-званай дрэмлючай інфэкцыі,—пытаньне вялізарнае, у значнай ступені не разьвязанае; бязумоўна, у некаторых выпадках гэта дрэмлючая інфэкцыя зьяўляецца сапраўднай прычынай сьмерці.

Такім чынам мы бачым, што не на ўсіх выпадках, дзе пры грубым аналізе можна гаварыць пра ўнясенне інфэкцыі хірургам—яна сапраўды ім унесена.

Вывады: вялізарная група пасляопэрацыйных сьмярцей залежыць ад інфэкцыі. Большая частка гэтых выпадкаў ужо была перад опэрацыяй інфэктавана (галоўным чынам гэта пэрытоніты). Калі лічыць такіх з 26 проц.—14 проц., і далучыць іх да тых 30 проц., якія залежаць ад агульнага стану хворых, дык мы атрымаем, што 44 проц. прычын пасляопэрацыйных сьмярцей належыць да сьмога захворваньня і выкліканай ім недастатковасьці арганізма.

Лік сьмярцей, што залежаць ад унясення інфэкцыі хірургам, вагаецца цяпер ад 10 проц. да 12 проц. Асноўная маса такіх выпадкаў належыць да опэрацый на органах брушной поласьці. Тая акалічнасьць, што ў розных хірургаў гэты процант амаль аднолькавы—сьведчыць пра недасканаласьць тэхнікі і ўмоў такіх опэрацый у большай ступені, як пра выпадковасьць. На гэта мы павінны зьвярнуць увагу. Калі адкінуць брушныя опэрацыі, дык колькасць хворых, загінуўшых ад інфэкцыі раны,—нязначная: 30 на 1.608, г. зн. каля 2 проц.; у мяне—5 выпадкаў на 257—г. зн. таксама каля 2 проц.

Наступную значную групу пасляопэрацыйных сьмярцей складаюць лёгачныя аскладненьні. Яны, як відаць з лічбавых даных займаюць ледзь ня трэцяе (чацьвертае) месца сярод прычын сьмерці. Калі ўзяць пад увагу, што пнеўмоніі ўзьнікаюць па-за полем узьдзеяньня хірурга, дык натуральна, што такая лічба, як 17 проц. у адносінах да ўсіх прычын сьмяротнасьці зьяўляецца надзвычайна вялікай.

Перш за ўсё, пра самую лічбу: паміж літаратурнай лічбай—17 проц. і маёй асабістай—9 проц.—вельмі вялікая розніца, каб

не зьвярнуць на яе ўвагі. Калі я вазьму лічбы паасобных аўтароў за апошнія гады, дык яны набліжаюцца хутчэй да маіх лічбаў, зьяўляючыся нібы сярэдзінай паміж паданымі лічбамі: у *Пятрова*—каля 12 проц.; у *Вазьнясенскага*—каля 13 проц.; *Шутыха*—10-11 проц. Мне здаецца, што гэтыя сярэднія лічбы—10-12 проц., больш апавядаюць сапраўднасьці, як 17 проц.

У лік прычыны сьмерці ўваходзіць ня толькі пнэўмонія, але і гангрэны лёгкіх, гнойныя пляўрыты і, нарэшце, выпадкі абвастрэньня лёгачнага тубэркулёзу (апошніх было адзначана 7 на літаратурным матэрыяле—на 272 выпадкі—і 1 у мяне—на 24 выпадкі).

Калі я злучу абедзьве лічбы, дык на 296 сьмярцей ад лёгачных аскладненьняў—толькі 20 здарылася пры опэрацыях на-забрушынай поласьці: 276 прыпадае на брушную хірургію. З ліку 276—большасьць адносіцца да страўніка і жоўцевых шляхоў (239 выпадкаў), а 28—да гнойных апэндыкулярных пэрытонітаў; пры гэтым сюды ўваходзяць таксама і ўсе 14 выпадкаў гангрэны лёгкіх. Гэты момант важны ў тым сэнсье, што сьведчыць пра сувязь інфэкцыі лёгкіх з даволі частай інфэкцыяй опэрацыйнай вобласьці. У гэтых адносінах я зварочваю ўвагу на работу *Заблудоўскага* (1928 г.). Ён правільна зазначае, што пэўная частка хворых, якія паміраюць пад клінічным дыягназам—лёгачнага аскладненьня—у сапраўднасьці маюць і сэпсіс, у выглядзе звычайнага пэрытоніту, але ня рэзка выяўленага, які часам выяўляецца толькі на сэкцыі. На падставе маёй практыкі, я павінен сказаць, што значная частка маіх хворых, якія паміралі ад так званай пнэўмоніі, абсцэсу лёгкіх, мелі пэрытоніт, які або быў раней, або толькі разьвіваўся. Таму лёгачныя аскладненьні трэба было-б хутчэй разглядаць, як мясцовую лёкалізацыю септычнага процэсу, як мэтастаз. *Гейнац* правільна зазначае, што сьмяротныя пнэўмоніі асабліва часта бываюць пры раку страўніка, страваходу. Што гэта значыць? Гэта значыць, што апрача інфэкцыі з гэтых падлягаючых распаду ракавых язваў—мы маем справу са старымі зьнясіленымі суб'ектамі, і значная частка такіх сьмярцей павінна быць залічана ў першую групу—сьмерці ад недастатковасьці ўсяго арганізма ці паасобнага аргану. І толькі некаторая частка гэтых лёгачных захворваньняў павінна быць залічана ў групу тых аскладненьняў, якія залежаць ад самой опэрацыі. Сярод маіх выпадкаў я магу назваць такіх ня больш палавіны. На падставе гэтага я сьцьвярджаю, што лёгачныя аскладненьні, якія на першы погляд зьяўляюцца нібы сапраўды выпадковым аскладненьнем пры опэрацыі—мы павінны падзяліць

на дзёве групы: адну, дзе лёгачнае аскладненне ёсць такое-ж выяўленне недастатковасці органа, як і ўсякага іншага органа—печані, сэрца, нырак і т. д.—сюды адносіцца і большасць выпадкаў,—і другую, дзе лёгачнае аскладненне залежыць ад самога ўмяшання. Апошняя група меншая, і мяркуючы па маім матэрыяле дасць толькі 4-5 проц. у адносінах да ўсёй колькасці пасляоперацыйных сьмерцей.

Закрану нарэшце яшчэ адно пытанне,—пра вялікую колькасць лёгачных аскладненняў пры мясцовай анэстэзіі. Не аспрэчваючы гэтага палажэння, я цалкам далучаюся да думкі *Пятрова*, што сьмяротнасць ад пасляоперацыйных лёгачных аскладненняў меншая пры мясцовай анэстэзіі, як пры агульным наркозе.

Да ліку „выпадковасцяй“, цяжка прадбачваных, якія ледзь ня цалкам трэба аднесці за лік операцыі—трэба аднесці эмболіі і тромбозы і асабліва эмболіі лёгачнай артэрыі. Аднак пры больш уважлівым аналізе гэтых выпадкаў складаецца іншае ўражанне. Як часта бываюць гэтыя аскладненні? Некалькі лічбаў дадуць уяўленне аб частасці такой сьмерці.

Эмболія

Швейцарская статыстыка

1918-1922 г. г. на 56.020 операцый—154 сьмерці ад эмб.—0,28 проц. сьмерцей

Райхель . . . на 22.689 . . . —56 . . . „ „ 0,24 „ „

Мартыні. . . на 29.190 . . . „ „ „ „ 0,22 „ „

сярэдняя 0,24 проц.

Калі справа ідзе аб паасобных апэратарах, процант павялічваецца (магчыма ад таго, што падлічваецца больш цяжкія выпадкі операцый).

<i>Эйзэльсбэрг</i>	6.871	—	0,33 проц.
<i>Шмідэн</i>	10.988	70	0,64 „
<i>Капіс</i>	7.210	—	0,44 „
<i>Мэйо</i>	64 000	47	0,07 „

Сярод пасляоперацыйных сьмерцей я налічыў 56 сьмерцей ад эмболіі, што на 1.607 операцыйных сьмерцей дае—3,5 проц.; у сваім матэрыяле я меў 4 выпадкі, што складае каля 2 проц. Такім чынам, гэта прычына пасляоперацыйнай сьмерці не зьяўляецца частай—хоць нельга не зазначыць на статыстыкі *Пітрэна*, *Штыха*, дзе процант такіх сьмерцей—6.

Але вось на што трэба звярнуць увагу: эмболіі лёгачнай артэрыі залежаць, як відаць ня выключна ад операцыі. *Мартыні*

дае вось якія лічбы: на 29.190 апэрацый было 0,22 проц. эмболій, але ў 22.348 неопэраваных—было таксама—0,1 проц. эмболій.

Што апэрацыя, аднак, мае вялікае значэньне, ясна з папярэдняй паданай мною лічбы—3,5 проц. з ліку апэрацыйных сьмярцей. Такого процанту з ліку прычын сьмерці наогул эмболіі, зразумела, не даюць; але адначасова трэба зазначыць, што з ліку пасляапэрацыйных эмболій, як відаць, частка павінна была-б ўсёроўна зрабіцца афяраю эмболіі.

Вельмі важнымі зьяўляюцца таксама моманты, якія ствараюць нахіл да хваробы. Тут трэба адзначыць узрост. Паводле статыстыкі *дэ Кэрвэн* да 40 г. эмболіі бываюць рэдка, ад 40 г. часьцей і асабліва часта ў асоб, старэйшых за 60 год. Зьмяшчу яшчэ такую табліцу (процэнт эмболій ў кожным узросьце).

Узрост	Любарш	Цургеле	Райхель	Швэйцарская статыстыка
10-20 . . .	—	—	1,9	1,2
20-30 . . .	8,6 проц.	8,6	10,7	3,2
30-40 . . .	11,6 "	11,4	12,7	3,6
40-50 . . .	13,15 "	17,2	19,6	19,7
50-60 . . .	19,7 "	14,2	19,6	26,2
60-70 . . .	20,2 "	2,4	26,7	26,9

Хваробы сэрца, нягледзячы на тое, павялічваюць магчымасьць эмболіі. Гэта сьведчыць пра зазначаны ўжо намі момант—значэньне ўзросту і запусчанасьці хваробы. У сувязі з гэтым, наўрад ці можна лічыць, што такія выпадкі сьмярцей ад эмболіі абумоўліваюцца апэрацыяй, а не характарам самой хваробы ці няспрыяльных для яе ўмоў (запусчанасьці).

Гэта самае падцьвярджаецца пры аналізе тых апэрацыйных умяшваньняў, пры якіх назіралася эмболія. Гэта перш за ўсё простатэктомія. На 56 выпадкаў з маея статыстыкі (літаратурныя выпадкі) у 11 выпадках справа ішла аб гэтай апэрацыі. Паводле *дэ Кервена* эмболія пры простатэктоміі дае 1,99 проц., г. зн. бывае часьцей, як пры-якой небудзь іншай апэрацыі. Гэта можна тлумачыць толькі спалучэньнем наступных момантаў—узрост, стан уросэпсісу, удзел вэнознай сыстэмы. Потым ідуць ляпэра-томіі, пры чым момант сэпсісу ці наогул інтоксыкацыі ў наяўнасьці. Гэта—вострыя апэндыцыты, пэрытоніты, холянгіты, зашчэпленыя грыжы, ілеус, цяжкія выпадкі раку. І сапраўды, з ліку 56 эмболій, якія я разглядаю, 11 было ў проста-

тыкаў; з ліку 45, што засталіся—на долю зазначаных вышэй выпадкаў прыпадала 33; у *Kapica*—на 32 выпадкі эмболіі—такіх было 16. Аднак, да якіх операцый належалі астатнія выпадкі? 9 было септычных—эмпіэма, гангрэна машонкі, гангрэна ступы, флегмоны канцавін. Такім чынам,—септычныя процэсы і асабліва септычныя ляпоратоміі—другая галіна эмболіі. І толькі за трэцяй групай ■ вымушаны прызнаць момант „выпадковасьці“: гэта эмболія пры операцыях вольных грыж, хронічнага апэндыцыту, операцыі на судзінах (вальляк, геморой), на касьцях (остэосынтэз) і т. д.

Вывад: хоць эмболіі і тромбозы і бываюць выпадковымі, аднак, у большасьці выпадкаў, яны зьяўляюцца толькі адным з выяўленьняў недастатковасьці арганізма і ня могуць быць пастаўлены ў віну операцыі. Іншая справа—другая частка, меншая, дзе можна казаць сапраўды пра „выпадковасць“, якая залежыць ад акту операцыі.

Ці павялічваецца колькасьць эмболій?

Шмідэн—на 10.988 операцый—меў 70 сьмярцей ад эмболіі—0,64 проц.

<i>Шмідэн</i>	у 1921 г.	0,21 проц.
<i>Рост.</i> . . .	у 1913 г.	0,2 „
<i>Kapic</i> . . .	у 1923 г.	0,54 „
„	у 1924 г.	0,29 „
„	у 1925 г.	0,54 „
„	у 1926 г.	0,81 „
„	у 1926 г.	1,13 „
„	у 1926 г.	0,42 „

Лічбы нібы гавораць за гэта, але ўсё-ж адказаць на пытаньне ў стаючым сэнсье ня так лёгка.

Крывяцяненьні, як прычына пасляоперацыйнай сьмерці павінны быць цалкам адвесены за лік операцый. Праўда, і тут ёсьць група крывяцяненьняў, дзе сувязь з операцыяй зьяўляецца толькі ўзбочнай—гэта вялікая група крывяцяненьняў пры язвах страўніка. Аднак, не заўсёды можна сказаць адкуль ідзе кроў—з язвы ці анастомозу, дый у першым выпадку—дапушчальна думка, што траўма страўніка і язвы пры аглядзе і операцыі і зьяўляецца прычынай крывяцяненьня. Як часта бываюць такія выпадкі—паказвае лічба: з ліку 62 выпадкаў сьмерці ад крывяцяненьняў—46 было пры язвах страўніка, як гэта відаць з наступнай табліцы:

3—3 канцэвін
 45—з язвы і шва—на 1.095 апэрацый страўн.—4 проц.
 1 пэрфоратыўная язва страўніка
 1 жоўцевая апэрацыя
 2 вальляк
 9 параненьні печані (18)
 1 нырка

62

Процант гэтай прычыны сьмерці (62 на 1.607)—3,8.

Пятроў дае для сваіх лічбаў—3 проц.; Вазьнясенскі—2 проц.; у мяне—2 проц. Мае 4 выпадкі належаць: 1—да язвы страўніка, 1—да выдаленьня селязёнкі: 1—да параненьняў (печані і аточыны), 1—холемічнае крывацязьне.

Наступная група належыць да аскладненьняў з боку брушных органаў. Калі ўзяць пад увагу толькі выпадкі літаратурныя, дык яны разьмяркоўваюцца наступным чынам:

Бязвыходны круг	111
Пэрфарацыя язвы страўніка . .	16
Ілеус	53
Атонія страўніка	4

184

Гэтыя 184 выпадкі складаюць 11,7 проц. Вялікая лічба бязвыходнага круга, якая адносіцца да больш раньняга пэрыоду, стварае асноўную масу гэтых аскладненьняў і а прычыны гэтага атрымліваецца такі вялікі процант. Цяпер мы не сустракаем так многа гэтых выпадкаў, і таму лічба брушных аскладненьняў павінна быць меншай. Я на сваім матэрыяле мог нагоўл такіх брушных аскладненьняў зазначыць усяго 19 выпадкаў, што складае 7 проц. Пры ацэнцы гэтых аскладненьняў з боку ўдзелу ў іх апэрацыйнага агенту, мы павінны зазначыць, што частка іх, бязумоўна, залежыць ад апэрацыі, з прычыны таго, што апэрацыя стварае ўмовы, патрэбныя для ўзьнікненьня аскладняльнага моманту. Бязумоўна, гэтага яшчэ мала, каб сьцьвярджаць, што вінаваты хірург.

Нарэшце, застанецца пералічыць яшчэ цэлы рад аскладненьняў прычынная сувязь якіх з апэрацыяй ясная, але якія часткова або выпадковыя, або настолькі вынікаюць з самога стану хворага і яго хваробы, што наўрад ці залежаць ад апэрацыі. Не ўваходзячы ў дробязі, абмяжуюся пералікам тых назіраньняў, якія зроблены.

Разыходжаньне раны жывата	5
Язвы коліт	6
Фістула дванаццаціпалай кішкі	4
Страўнічае крывячэньне	4
Холемія	8
Паротыт	4
Інтэлексыкацыя пры базэдавай хваробе.	8

і цэлы рад дробных адзіночных аскладненьняў.

Тая-ж мая думка пра пераважнае значэньне асноўнага фактару—захворваньня і выкліканага ім (або ўзростам) стану арганізма—можа быць даведзена і іншым шляхам: ілюстрацыяй прычын сьмерці пры некаторых захворваньнях.

Пры вольных грыжах я мог сабраць такія даныя: на 18 выпадкаў сьмерці прычынамі яе былі: эмболіі—9-50 проц.; наркоз—1; пнэўмонія—3-18 проц.; эндокардыт—1; пэрытоніт—1; ілеус—2; абвастрэньне тубэркулёзу—1.

Калі адкінуць такія зусім выпадковыя аскладненьні, яе абвастрэньне тубэркулёзу, эндокардыт, ілеус, пэрытоніт наркоз—застаюцца эмболіі і пнэўмоніі, якія паражаюць часьцей за ўсё старых людзей.

Пры зашчэпленых грыжах мы маем пэрытонітаў—амаль 50 проц.; шок—20 проц.; эмболіі—амаль 20 проц. Тут мы бачым прычыны, якія маюць сувязь з характарам самой хваробы і зусім не залежаць ад апэрацыйнага ўмяшаньня.

Пры вострым апэндыцыце (на 243 выпадкі сьмерці) прычыны яе разьмяркоўваюцца такім чынам:

Пэрытоніт	60 проц.
Ілеус.	13 „
Лёгачныя аскладненьні	9 „
Эмболіі і тромбозы	7 „
Сьптычныя аскладненьні	7 „

Такім чынам, мы бачым, што асноўнымі прычынамі зноў такі зьяўляюцца сэпсіс брушыны і мэтастазы гэтага сэпсісу, да якіх трэба аднесьці і лёгачныя аскладненьні, і тромбозы, і эмболіі.

Пры хронічным апэндыцыце (колькасьць вядомых мне выпадкаў нязначная), мы сустракаем звычайна тры моманты: пэрытоніт, выпадковую эмболію і ілеус.

Пры апэрацыях на жоўцевых шляхах, асноўную ролю ў пасляопэрацыйнай сьмяротнасьці адыгрывае агульны стан хворых—за яго лік прыходзіцца 33 проц. сьмярцей. Потым ідуць лёгачныя аскладненьні—ад 13 проц. да 20 проц.; пэрытоніт—

ад 10 проц. да 12 проц.; холемія—ад 5 проц. да 9 проц.; а за імі ўжо розныя сэлтычныя і выпадковыя аскладненні.

Уяўленьне аб прычынах сьмяротнасьці пры опэрацыях на страўніку пры язьве яго (Г Э і рэзэкцыя) даюць наступныя лічбы:

Шок і сардэчная слабасьць	24 проц.
Пэрытоніт	18 „
Бязвыходны круг	10 „
Пнеўмонія	17 „
Крывяцязьне	4,5 „

астатнія прыпадаюць на розныя іншыя выпадковыя моманты.

Амаль усе выпадкі сьмерці пры пэрфораванай язьве страўніка залежаць ад пэрытоніту (75-80 проц.), потым ідзе пнеўмонія, і толькі затым адзінкавыя выпадковыя аскладненні.

Пры параненьнях брушных органаў асноўныя прычыны сьмерці—пэрытоніт і крывяцязьне; часам мясцовы сэлтычны процэс (напр., нарывы печані).

Пры опэрацыях на нырках—у 50 проц. прычынай зьяўляецца—агульны кепскі стан хворых—адсюль шок, слабасьць сэрца і т. д.; потым урэмія, крывяцязьне і т. д.

Простатэктомія дае, як асноўныя прычыны сьмерці—урэмію (ад 17 проц. да 35 проц.), агульны кепскі стан (ад 15 проц. да 30 проц.), пнеўмоніі (ад 13 проц. да 30 проц.), інфэкцыю (ад 17 да 57 проц.).

Ня буду даваць больш прыкладаў, бо з паданых добра бачна, што, у асноўным, прычыны пасляопэрацыйных сьмярцей знаходзяцца ў зусім пэўнай залежнасьці, у першую чаргу, ад характару захворваньня і—значна менш—ад якога-небудзь іншага фактару.

Я лічу патрэбным спыніцца яшчэ хоць каротка на некаторых пунктах пасляопэрацыйнай сьмяротнасьці:

- 1) на так званых нечаканых сьмерцях;
- 2) сьмерці на опэрацыйным стале;
- 3) няясных выпадках сьмерці.

Асобную групу складаюць т. зв. „нечаканыя“ сьмерці. Гэта група, зразумела, ня мае пэўных межаў; але кожны хірург добра ведае значэньне гэтага тэрміну. Ацэньваючы ўсе шансы хворага на перанясеньне опэрацыі, улічваючы розныя аскладненні, якія бываюць пры данай опэрацыі, дапускаючы пры гэтым і магчымасьць розных памылак, хірург усё-ж часамі бывае сьведкаю сьмерці, якой ён сапраўды не чакаў. Як часта бываюць вы-

падкі „нечаканай“ сьмерці? Я маю толькі даныя *Пэтрэна*. Апошні налічвае на 16.000 апэрацый 116 такіх сьмярцей, г. зн.— 0,7 проц.

Каб зразумець характар „нечаканых“ хірургічных сьмярцей, трэба крыху спыніцца на пытаньні пра нечаканыя сьмерці наогул. Апошнія часьцей бываюць у мужчын, як у жанчын.

Надзвычайна частай прычынай нечаканай сьмерці зьяўляюцца хваробы сэрца. На 1.468 выпадкаў трох аўтароў (*Бэльнін, Плешкоў, Марковіч*) сардэчная сьмерць мела месца 578 разоў, г. зн. больш, як у $\frac{1}{2}$ усіх выпадкаў. З прычыны гэтага відаць, што нечаканыя сьмерці часта маюць сувязь іменна з сардэчнымі расстройствамі і наогул недастатковасьцю арганізма. Так, з ліку зазначаных 116 выпадкаў *Пэтрэна*, гэта група прычын выяўляецца 41 раз. Значыць, тут была недаацэнка цяжкага стану хворага, і сьмерць зьявілася „нечаканай“ толькі паводле суб'ектыўнага ўяўленьня хірурга.

Тое самае трэба сказаць пра так званую сьмерць ад тым у-с у, значэньне якой трэба лічыць пераўвядлічаным. Яе *Марковіч* назіраў 7 разоў на 408 выпадкаў раптоўнай сьмерці, але выключна ў дзяцей (да 5 год). Гэты пункт гледжаньня, мабыць, найбольш адпавядае сапраўднасьці.

Адносна раду выпадкаў нечаканых сьмярцей можа стаяць пытаньне, насколькі яны зьяўляюцца „нечаканымі“. Я не разумею, чаму *Пэтрэн* уключае ў гэту групу пэрытоніты, мэнінгіты, сэнсіс, лёгачныя аскладненьні і т. д. Усё гэта прымушае мяне думаць, што лік сьмярцей сапраўды „нечаканых“—вельмі нязначны. Да іх у першую чаргу трэба аднесьці сьмерці на апэрацыйным стале.

Сьмерць на апэрацыйным стале (калі ня лічыць апэраваньне цяжкіх траўматычных выпадкаў), як вынік няшчаснай выпадковасьці, бывае вельмі рэдка. На матэрыяле ў 1.607 выпадкаў яна зазначана 3 разы; у *Пэтрэна*—7 разоў—на 619 пасляопэрацыйных сьмярцей; у на сваім матэрыяле—257 выпадкаў—меў такую сьмерць 2 разы. Прычынамі часьцей за ўсё бываюць—наркоз, базэдава хвароба, моцнае крывяцязьненне, наветраная эмболія. Так, у маіх выпадках: 1-ы выпадак—сьмерць ад базэдавай хваробы (опэрацыю рабіў мой асыстэнт); 2-і выпадак—сьмерць ад крывяцязьнення і наркозу: нэфрэктомія (вялікі камень, цяжкія зрашчэньні), надрыў полая вэны (опэрацыю рабіў я).

Авісаны выпадкі, дзе абстаноўка апэрацыі, страх перад апэрацыяй выклікалі псыхічны шок. Прыклад такога чыстага „опэ-

рацыйнага шоку" дае Марковія: хворы 51 году гангрэнай лёгкага памёр раптоўна на стала перад самай апэрацыяй. Пра выпадкі сьмерці ад наркозу я ўжо гаварыў раней.

Трэба зазначыць, што аўтары з вялікім матэрыялам паведамляюць пра пэўны процант выпадкаў, дзе прычына сьмерці застаецца нявыразнай нават пры аўтопсіі. Асабліва сярод „нечаканых“ сьмярцей (судова-мэдычных ускрыцьцяў) вялікай зьяўляецца група выпадкаў, дзе і ўскрыцьцё нічога не дае. Напрыклад, у Марковіна на 406 выпадкаў такіх было 4, г. зн. 1 проц. Пэтрэн гаворыць пра 12 такіх нявысьветленых нават на аўтопсіі выпадкаў (на 619 сьмярцей гэта дасьць 2 проц.). Штых на 937 сьмярцей налічвае 29 такіх выпадкаў, г. зн. 3 проц. Кожны хірург падцьвердзіць наяўнасьць такіх выпадкаў у сваёй асабістай практыцы.

Папярэдні аналіз, які высвятляе нам прычыны сьмерці, яшчэ не дае адказу на пытаньне—у якой меры сама апэрацыя зьяўляецца фактарам хірургічнай сьмяротнасьці. Адказаць на гэта пытаньне вельмі цяжка, бо яно само ў сваю чаргу можа быць падзелена на два пытаньні: 1) ці зьяўляецца прычынай сьмерці хворага апэрацыя як такая і 2) ці зьяўляецца гэтай прычынай памылкова ці няправільна зробленая апэрацыя? Адказ аскладняецца яшчэ адным момантам—аб якім захворваньні і аб якіх апэрацыях ідзе гутарка.

Пэтрэн, напрыклад, падзяляе апэрацыі так:

- 1) апэрацыі з прычыны вострых інфэкцый у жываце;
- 2) „ „ „ іншых інфэкцый;
- 3) „ „ „ вострых неінфэкцыйных станаў;
- 4) „ „ „ злаякасных пухлін;
- 5) „ „ „ іншых хронічных хвароб.

Вазьнясенскі падзяляе свае апэрацыі на:

- 1) апэрацыі пры вострых траўмах;
- 2) „ наогул пры безадкладных выпадках;
- 3) так званыя „пробныя“ апэрацыі;
- 4) усю астатнюю масу апэрацый ён азначае, як „мірныя“.

Мяне не задавальняе гэты падзел, бо шмат якіх—не безадкладных выпадкі—ня менш цяжкія і небясьпечныя, чым выпадкі безадкладнай хірургіі. Мне здаецца, што асноўны момант ляжыць у стане хворага, як такім. Я ня думаю, каб мой падзел быў зусім здавальняючы, але ён, мне здаецца, адпавядае клінічнаму крытэрыю. Я адрозьніваю выпадкі запушчаныя, цяжкія і іншыя, зразумела, падзяляючы іх у той-жа час на экстрэнныя і няэкст-

рэнныя. З гэтага пункту гледжання запусчаны рак страўніка менш цяжкі, як позна дастаўленая пэрфоратыўная язва страўніка і т. д. Ня лёгка, быць можа, уключаць у пэўную рубрыку той ці іншы выпадак; зразумела, паказальнік сьмяротнасьці ў розных групах і пры розных хваробах будзе неаднолькавы, але іменна стан хворага і яго хваробы (г. зн. запусчанасьць, цяжкасьць, або адсутнасьць гэтых момантаў) абумоўлівае значэньне апэрацыі, як фактару сьмяротнасьці. Гэты крытэрыў дыктуюцца нам ня толькі клінічным жыцьцём, але і соцыяльным момантам. Соцыяльная вартасьць такога фактару, як апэрацыя, можа выявіцца толькі тады, калі яна робіцца пры адпаведных умовах, з якіх самая галоўная—здавальняючы аб'ект: пры выключэньні гэтай умовы скажаецца пэрспэктыва і пытаньне тлумачыцца зусім няправільна.

Калі ўзяць агульныя лічбы—хірургічнай сьмяротнасьці і пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці, паданыя мною вышэй, дык аказваецца, што яны аднолькавыя. Часам мы нават выяўляем, што пасьляопэрацыйная сьмяротнасьць меншая. Я магу спаслацца на рад лічбаў:

Інстытут Скліфасоўскага 1925 г.	{	опэр.	1.643	сьмярцей	106	6,6 проц.
		неопэр.	776	„	53	6,8 „
		усяго	2.419	„	159	6,7 „
Уладзімірская земская б-ца 1884-1889 г. г.	{	опэр.	548	„	17	3,1 „
		неопэр.	1.064	„	73	6,7 „
		усяго	1.612	„	100	6,2 „
Маскоўская Марыінская 1897 г.	{	опэр.	331	„	18	5,4 „
		неопэр.	219	„	22	10 „
		усяго	550	„	40	7,2 „
Шэнкурская б-ца	{	опэр.	948	„	27	2,7 „
		неопэр.	134	„	12	9 „
		усяго	1.082	„	39	3,9 „
Елецкая б-ца	{	опэр.	2.165	„	40	1,44 „
		неопэр.	1.269	„	20	1,6 „
		усяго	3.434	„	60	1,77 „
Бабухінская б-ца	{	опэр.	1.772	„	102	5,9 „
		неопэр.	129	„	51	39,0 „
		усяго	1.901	„	153	7,0 „
Джыбсон	{	опэр.	9.025	„	418	4,8 „
		неопэр.	3.119	„	78	2,5 проц.
		усяго	12.144	„	496	4,1 „
Мой матэрыял (на 6.937 хворых)	{	опэр.	5.123	„	273	5,5 „
		неопэр.	1.814	„	150	8,0 „
		усяго	6.937	„	423	6,0 „

Гэтыя лічбы, калі браць іх цалкам, добра паказваюць, што апэрацыя, ва ўсякім выпадку, не павялічвае хірургічную сьмяротнасьць. Аднак гэта патрабуе далейшага аналізу.

Як ацэньваюць самі хірургі апэрацыйны фактар? *Штых* устанаўляе на 937 сьмярцей процант памершых ад асноўнай хваробы—у 41,8 проц., і з прычыны агульнага кепскага стану—у 14,3 проц. *Вазьнясенскі* на 243 сьмерці вызначае процант памершых ад тэй самай прычыны—у 46 проц. *Казан (Пятроў)*—40 проц. (толькі прогрэсаваньне захворваньня). *Пэтрэн*—у 44 проц. (на 619 сьмярцей). *Растоўская* больніца—у 40 проц. (на 154 сьмерці). *Шоур*—у 50 проц.

Аднак, у гэтыя лічбы я павінен унесьці адпаведную папраўку: яны меншыя, як гэта адпавядае сапраўднасьці. Возьмем лічбы *Пятрова*: да 40 проц. трэба дадаць значную лічбу тых пнэўмоній, якія былі прычынай сьмерці, бо я ўжо выказаў свой погляд на большасьць гэтых пнэўмоній; сьмерці ад так-званага дрэннага сэрца, частка сьмярцей ад так-званага шоку і наркозу. Мы-ж лечым не хваробу, а хворага, і значыць усе гэтыя „аскладненьні“ ня могуць намі разглядацца інакш, як прогрэсаваньне дрэннага стану хворага і паасобных яго органаў, як прогрэсаваньне хваробы. Пры гэтай умове мы атрымаем з лічбаў *Пятрова* ня менш як 50 проц. сьмярцей, ня гледзячы на тое, што рабіліся апэрацыі. У лічбах *Пэтрэна* мы маем тое-ж: на лёгачныя аскладненьні ён адводзіць 26 проц. Калі хоць-бы палавіну мы будзем разглядаць у паказаным вышэй сэнсьсе, дык і тут мы будзем мець 44+13, г. зн. 57 проц.

Я прааналізаваў больш падрабязна 164 выпадкі сьмерці, якія былі ў маёй клініцы пасля апэрацый і атрымаў такі вывад: у 108 выпадках прычынай сьмерці было само захворваньне: у 28 выпадках захворваньне было настолькі запушчаным, што апэрацыя наўрад ці магла наогул дапамагчы. Сюды я залічаю:

1 выпадак цяжкай номы твару ў дзіцяці 2 год, вельмі зьнясіленага пасля асноўнай хваробы;

6 выпадкаў запушчаных гнойных пляўрытаў, якія былі дастаўлены ў безнадзейным стане і памерлі хутка пасля апэрацыі;

1 выпадак раку страваходу, якому была зроблена гастрэстомія, і які быў блізкі да сьмерці;

3 выпадкі з хірургіі печані—2 параненьні, дастаўленыя позна (1 ужо з пэрытонітам)—і 1 выпадак 6-тыднёвай жаўтухі і холянгіту—холемія (памёр ад холем. крывацязеньня);

6 випадкаў перфорацый язваў кішак і разрываў кішак дастаў-
лених позна, з цяжкімі перытонітамі;

8 позьніх випадкаў апэндыкулярных перытонітаў;

1 запушчаны выпадак пашкоджання кутніцы з разрывам
брушыны, дастаўлены праз 2 сутак з цяжкім перытонітам;

2 запушчаныя выпадкі цяжкага сепсісу пасля хваробы кан-
цавін.

У 80 выпадках хвароба ня была вельмі запушчана, але была
надзвычай цяжкай і хворыя памерлі, ня гледзячы на тое, што
зроблена апэрацыя—ад прогрэсавання асноўнай хваробы;

6 параненьняў чэрапа і пашкоджаньнем мазгоў;

4 гнойныя пляўрыты;

2 параненьні хрыбетніка;

9 страўнічных выпадкаў (параненьні, рэзэкцыі раку);

3 рака стравахода (кахексія);

4 апэрацыі на печані і жоўцевых шляхох (параненьні, холе-
дохотомія);

4—на кішках (параненьні, рак);

26 выпадкаў ілеусу;

7 цяжкіх апэндыкулярных перытонітаў;

1 цяжкая прастатэктомія;

14 траўм, гангрэн, тубэркулёзу канцавін (памерлі, ня гледзя-
чы на ампутацыі і г. д.).

У гэтых 108 выпадках у 63 проц. сьмерць ні ў якім разе не
залежыць ад апэрацыі і мяне здаецца, што мая лічба бліжэй
да сапраўднасьці, як паказаныя вышэй. Вельмі падобны да маіх,
лічбы адной справаздачы Растоўскай-н/Д больницы. На 154 вы-
падкі пасляопэрацыйнай сьмерці там зазначана 53 выпадкі
сьмерці ад прогрэсавання асноўнай хваробы, 46 выпадкаў
сьмерці ад аскладненьняў, меўшых месца да апэрацыі, і 18 вы-
падак сьмерці пры траўмах—117—75 проц.

Ва ўсякім разе, можна сьцьвярджаць, што ня менш 50 проц.
пасляопэрацыйнай сьмяротнасьці зусім не залежыць ад апэ-
рацыі.

У наступнай групе апэрацый, мы можам адрозьніваць сьмерці,
якія маюць пэўную сувязь з памылкай хірурга, і сьмерці, якія
здарыліся пасля апэрацыі, але дзе памылку хірурга ўказаць
нельга або цяжка. Пачнем з фактычных матэрыялаў.

Пятроў лічыць процант сьмярцей ад памылак хірурга роў-
ным 17,4 проц. Апрача таго, 13,4 проц. адносіць да інфэкцыі
унесенай у часе самой апэрацыі. Штых налічвае на 937 апэра-

цыйных сьмярцей 17 памылак дыягностычных і 37 тэхнічных што дае каля 6 проц.; апрача таго 88 інфэкцый, г. зн. каля 9 проц.

Падам для прыкладу тыя тэхнічныя памылкі, якія называе *Штых*: недастатковасьць шва на кішочніку—17 выпадкаў, разрыў кішак у часе апэрацыі—5 выпадкаў; крывяцязьне ў часе апэрацыі або пасля яе—10 выпадкаў, іншыя памылкі—5 выпадкаў.

Пэтрэн на 619 сьмярцей адносіць за лік памылак хірурга—35, г. зн. каля 6 проц.; інфэкцый ён налічвае 4 проц. *Вазьнясенскі* з 243 выпадкаў пасляопэрацыйных сьмярцей—за лік розных момантаў, залежных ад апэрацыі, адносіць 46, г. зн. 18 проц. *Шоўр* адводзіць самай апэрацыі, як прычыны сьмерці—15 проц. сваёй пасляопэрацыйнай сьмяротнасьці. *Перазьман* гаворыць пра 5 такіх выпадкаў на 24 пасляопэрацыйныя сьмерці, г. зн. пра 20 проц.

У сваім матэрыяле я маю такія даныя: памылковыя дыягнозы і тэхнічныя памылкі былі прычынай сьмерці у 9 проц., а інфэкцыя і іншыя моманты, залежныя ад апэрацыі—у 7 проц., што разам дае 16 проц.

Характарна для ўсіх гэтых лічбаў, як не суб'ектыўны падставы, з якіх яны складаюцца, што яны параўнаўча блізка падходзяць адна да адной. У сярэднім хірургі прымаюць на свой лік ад $\frac{1}{6}$ да $\frac{1}{8}$ часткі пасляопэрацыйных сьмярцей.

Што гэта значыць? Ці значыць гэта, што аднаведныя хворыя засталіся-б жывымі, каб не рабілася апэрацыя ці ня здарылася памылка ў часе апэрацыі?

Усе мы ведаем, як цяжка адказаць на такое пытаньне.

Ня ўсе выпадкі памылак і няўдач у часе апэрацыі зьяўляюцца сапраўднай прычынай сьмерці. Шмат якія з іх зьяўляюцца вынікам цяжкіх умоў, у якіх знаходзіцца хірург, з прычыны значнай запушчанасьці самай хваробы. Калі на апэрацыйным стале памірае раптоўна безэдавічка, або калі яна памірае хутка пасля апэрацыі, дык прычынай гэтага зьяўляецца ня толькі апэрацыя, але перш за ўсё тая акалічнасьць, што такія хворыя зьяўляюцца для апэрацыі вельмі позна. Калі памірае на апэрацыйным стале хворая ў выніку нашкодваньня ніжэй полай вэны пры нэфрэктоміі, дык апрача хірурга вінавата сама хворая, якая хварэе некалькі год і давяла сябе да такога стану, пры якім зрашчэньні вакол ныркі робяць такое нашкодваньне магчымым. Калі *Штых* апісвае 5 выпадкаў (сярод тэхнічных памылак) разрыву

кішак у часе опэрацыі, дык мы-ж ведаем, што рвуцца кішкі толькі вельмі раздутыя і зьмененыя ў сваім жыўленьні: значыць, апрача хірурга, у данай сьмерці вінавата сама хвароба. Памылкі дыягназу ці памылкі тэхнікі здараюцца галоўным чынам там, дзе ўмовы самага захворваньня і опэраваньня ўскладнены; ускладненьне-ж назіраецца галоўным чынам або ў выпадках вельмі цяжкіх, тэрміновых захворваньняў, або ў выпадках доўгатэрміновай хваробы і запусчэньня.

Зусім ня здымаючы з хірургаў частку іх віны, усе гэтыя меркаваньні маюць мэтай паказаць на аб'ектыўныя ўмовы, якія прымушаюць аднесьці многія з такіх выпадкаў за лік самага захворваньня. Гэта важна для нас, па-першае, для таго, каб стварыць найбольш аб'ектыўны малюнак значэньня опэрацыі, як фактару хірургічнай сьмяротнасьці. З другога боку, гэта яшчэ раз указвае нам на той галоўны шлях, па якім неабходна накіраваць нашу ўвагу—шлях сьваячасовага звароту за хірургічнай дапамогай—і гэта-ж дае нам магчымасьць ставіць прогност адносна зьмяншэньня процанту тэй групы пасляопэрацыйных сьмярцей, дзе прычынай зьяўляюцца памылкі і няўдачы опэрацыйнага ўмяшаньня.

Пасля выліку тых выпадкаў, пра якія мы зараз гаварылі, застаецца пэўны процант такіх, дзе прычынай сьмерці бязумоўна зьяўляецца тая ці іншая памылка распазнаваньня або тэхнікі, ці няўдача, якую цяжка кваліфікаваць як памылку, але якая цягне за сабой сьмерць хворага. Хоць процант такіх выпадкаў нязначны, і хоць яны не ствараюць якой-небудзь перавагі ў пасляопэрацыйнай сьмяротнасьці ў параўнаньні з хірургічнай сьмяротнасьцю наогул, але гэтыя выпадкі, незалежна ад процантных адносін, зьяўляюцца цёмнаю плямаю ў хірургіі, зьнішчыць якую ёй неабходна. Разьвязаньне гэтай задача важна ня толькі ў інтарэсах данай групы хворых, але ў інтарэсах хірургіі ў цэлым: боязь опэрацый, якая прымушае часта і хворага, і ўрача-тэрапэўта весьці політыку стравуса, засноўваецца часткова на выпадках пасляопэрацыйнай сьмерці пры захворваньнях, якія па сутнасьці не пагражаюць жыцьцю. І разьвязаньне вышэйпамянёнай задачы магчыма ў двух кірунках: індывідуальная ўдасканаленасьць кожнага паасобнага хірурга, а з другога боку—стварэньне такіх соцыяльных умоў, якія гарантавалі-б дастатковасьць удасканаленасьці ўрачоў у хірургічным майстэрстве, скарыстаньне найбольшай спрактыкаванасьці ў спецыяльных галінах.

Паколькі мы ўстанаўляем факт, што адным з фактараў хірургічнай сьмяротнасьці можа быць сама апэрацыя, дык павінны вымагацца дадатковыя гарантыі правільнага хірургічнага лячэньня. Інакш кажучы, права рабіць апэрацыі павінна давацца толькі асобам, якія атрымліваюць спэцыяльную падрыхтоўку, і гэты момант павінен строга рэгулявацца і рэгламэнтавацца ў заканадаўчым парадку, а не прадастаўляцца толькі тым „фактычным суадносінам сіл“, часамі беспарадаковым, якія рэгулююць гэта пытаньне ў нашым соцыяльным арганізьме ў сучасны момант.

У сувязі з такім вялікім значэньнем памылак, узьнікае пытаньне аб „спрактыкаванасьці“, як фактары, які зьмяняе хірургічную сьмяротнасьць. Даводзіць гэта—наўрад ці трэба; абмяжуюся ілюстрацыяй гэтага значэньня некалькімі лічбамі.

Ляўсон-Тэйт (1888 г.) паведаміў што, на першую тысячу ляпоратомій ён меў 9,2 проц. сьмяротнасьці, на другую тысячу —5,3 проц.

Карахан (Барцэлена) падае такія лічбы: пры рэзэкцыі страўніка з прычыны язвы яго ён меў:

у 1927 г. на 24 апэрацыі	16,6 проц. сьмяротнасьці
у 1928 г. „ 24 „	12,5 „ „
у 1929 г. „ 34 „	8,82 „ „

Оппэль на 100 эпінэфрэктоміі меў 8 сьмярцей: на першыя 50 апэрацый 6 сьмярцей, на другія 50 апэрацый 2 сьмерці.

Цікавымі зьяўляюцца некаторыя лічбы пра прастатэктоміі (я ўжо паказваў іх вышэй).

<i>Фрэйсэр</i> меў на першыя 45 выпадкаў	11 проц. сьмяротнасьці.
на наступныя 110 „	10 „ „
„ 170 „	9,4 „ „
„ 203 „	8,0 „ „
„ 322 „	7,5 „ „
„ 200 „	4,24 „ „

<i>Юнг</i> на першыя 20 выпадкаў прастатэкт. меў	0 „ „
на наступныя 50 „	4 „ „
„ 185 „	3,7 „ „
„ 229 „	3,0 „ „
„ 103 „	0,0 „ „

Надлобкая прастатэктомія:

Сярэдні процант сьмяротнасьці Аўтары з вялікім вопытам З малым вопытам:		
12,2 проц.	7 проц.	14,9 проц.
8,3 „	3,7 „	8,2 „

У той час, як сярэдні процант сьмяротнасьці пры раку кішак роўны 24,5 проц., а вышэйшы яшчэ большы, *Мэйо* (237 выпадкаў) дае 16 проц., *Фінкельштэйн*—20 проц.

Найбольш рэзка, мабыць, значэньне спрактыкаванасьці выяўляецца ў хірургіі пухлін мазгоў. У той час, як вопыт звычайнага хірурга ў гэтай галіне зусім невялікі, а ў іншых абмяжоўваецца дзесяткамі выпадкаў, у такіх корыфэяў, як *Эйзэльсбэрг*, *Дэндзі*, *Кешынг* і г. д. ён складаецца з сотняў выпадкаў.

Дэндзі з 1920 г. да 1925 г. апэраваў 509 пухлін мазгоў; *Кешынг* меў 1088 выпадкаў; *Эйзэльсбэрг* (1922 г.)—318 выпадкаў.

Вынікі і выяўляюцца. Калі параўнаць лічбы *Кешынга* (ад 8,4 проц. да 16,3 проц. пры найбольш цяжкіх выпадках) з тымі, якія паданы мною ў разьдзеле пра пухліны мазгоў, дык мы бачым вялізарную розьніцу. Вельмі цікавай зьяўляецца у тэй-жа галіны маленькая даведка *дэ Мартэль*—справа ідзе пра пухліны вобласьці слыхавага нерва:

у першай сэрыі 7 выпадкоў— 7 сьмярцей

„ другой „ 9 „ — 4 „

„ трэцяй „ 21 „ — 2 „

Пераканальнасьць паданых мною прыкладаў зьяўляецца дастатковай, і няма патрэбы павялічаць іх колькасьць.

Я паказаў вышэй на лічбовым матэрыяле, значэньне спрактыкаванасьці ў сэнсье зьмяншэньня пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці. Выяўленьне наасобных спэцыяльных галін, выключнае займаньне якімі дае вынікі шмат лепшыя, як сярэднія лічбы,—патрабуе аднаведнага вываду: апошні заключаецца ў прызнаньні права грамадзянства за такой спэцыялізацыяй і культываваньні яе. Пытаньне гэта, бязумоўна, ня лёгкае для поўнага разьвязаньня. Галоўных супярэчаньняў можа быць два: шкоднасьць спэцыялізацыі наогул і звужваньне гoryзонтаў хірурга пры вылучэньні з хірургіі раду галін. Мне здаецца, аднак, што абодвы гэтыя меркаваньні наўрад ці зьяўляюцца істотнымі. Гэтыя меркаваньні выказваліся і ў свой час—пры аддзяленьні ад хірургіі шмат якіх спэцыяльнасьцяй, якія цяпер зьяўляюцца наасобнымі багатымі дысцыплінамі. Шкоднасьць спэцыялізацыі (што можна цяпер гаварыць і ў адносінах да існуючых спэцыяльнасьцяй), трэба кампэнсаваць іншымі спосабамі; указаньне на малую велічыню галіны, якая падлягае вылучэньню, таксама ня можа зьяўляцца перашкодаю для рэалізацыі гэтага пляну. Між іншым, кожны хірург на аснове сваёй практыкі можа падцьвердзіць вялізарнае значэньне колькасьці таго матэрыялу, які пра-

ходзіць праз яго рукі. Саматужніцтва ў адказных хірургічных выпадках наўрад ці з'яўляецца нашым ідэалам, а між іншым, яго нельга ўнікнуць, калі матэрыял хірурга абмяжоўваецца невялікімі лічбамі. З другога боку ёсць галіны, якія патрабуюць спецыяльнага паглыблення. Зразумела, ажыццяўленне гэтага ня можа быць хуткім, але мне здаецца, што гэта пытаньне павінна быць пастаўлена ў праграму дня. Выдаляць злаякасныя новаўтварэнні можа, зразумела, кожны хірург, аднак, ня прыходзіцца сумнявацца, і гэта вядома з практыкі, што найлепшыя вынікі будуць дасягацца толькі ў тых установах, дзе, на першае, хірург спецыялізуецца ў гэтых апэрацыях, а на-другое, мае магчымасць лячыць рак усімі іншымі сучаснымі спосабамі, апрача апэрацыі.

Значэнне спрактыкаванасці ў справе лячэння раку, можна паказаць хоць бы на такім малым прыкладзе: пры нерадыкальнай апэрацыі раку грудной залозы: на 7.029 выпадкаў праз 3 гады засталася жывымі 29,2 проц., а пры радыкальнай апэрацыі раку грудной залозы—на 8.921 выпадак праз 3 гады засталася жывымі 43,2 проц.

Справа лячэння тубэркулёзу толькі тады пайшла шпаркім тэмпам, клі яна перайшла ў спецыяльныя ўстановы і спецыяльная арганізацыі; у яшчэ большай меры гэта патрабаванне магчыма ў адносінах да злаякасных новаўтварэнняў. Павінны быць створаны магутныя онкалёгічныя інстытуты з усімі сучаснымі метадамі лячэння, з шырока развітай дапаможнаю дыспансэрнаю сеткаю і тады пытаньне лячэння будзе выведзена з таго стану саматужніцтва, у якім яно знаходзіцца ў сучасны момант. З прычыны таго, што лік падлягаючых лячэнню хворых ня зьменіцца ад перамяшчэння і канцэнтрацыі ложкаў у ракавых інстытутах, дык і з эканомічнага пункту гледжаньня гэта рэформа апраўдвае сябе, а яе эфэктыўнасць стаіць на-за сумненнямі. Зьмены, якія адбываюцца ў апошні час у сэнсе развіцця сродкаў перамяшчэння, адхіляе нязручнасці тэрыторыяльнага характару. Зразумела, ажыццяўленне ўсёй гэтай сыстэмы ня так лёгка і проста, але пэўныя прынцыповыя погляды на гэта павінны быць добра засвоены для руху па паказаным вышэй шляху.

Задачай майго нарысу ня можа быць ўказаньне на іншыя галіны, падлягаючыя вылучэнню ў спецыяльныя ўстановы. Мабыць, у будучыні гэта будзе справаю асобных навукова-хірургічных арганізацый. Але ўжо цяпер можна гаварыць пра такія

асобныя аддзелы, як хірургія нервовай сыстэмы, грудной поласці, лячэнне і далечванне траўм і т. д. Вынікі лячэння значна палепшыліся-б, а пасляопэрацыйная смяротнасць знізілася-б пры вылучэнні гэтых спецыяльных галін. Такім чынам, пытанне аб скарыстанні спрактыкаванасці ў інтарэсах хворых было-б перанесена з галіны індывідуальных спроб у галіну сыстэматычнага правядзення адпаведнага арганізацыйнага пачатку.

У сувязі з гэтым самым пытаннем трэба звярнуць увагу на наступны факт. Пры агульным змяншэння пасляопэрацыйнай і—значыць хірургічнай—смяротнасці—трапляюцца лічбы, якія паказваюць павялічэнне яе ў пэасобных галінах.

Штых на вялізарным матэрыяле—32 тысячы апэрацый за 14 год (1912-1926 г. г.) вымушан быў канстатаваць паступовае павялічэнне лічбаў пасляопэрацыйнай смяротнасці ад 2,2 проц. да 3,9 проц. (павялічэнне амаль у 2 разы).

Гады	Пасляопэрацыйная смяротнасць	Гады	Пасляопэрацыйная смяротнасць
1912	2,2 проц.	1920	3,6 проц.
1913	3,1 „	1921	3,5 „
1914	2,3 „	1922	3,6 „
1915	2,7 „	1923	3,5 „
1916	2,7 „	1924	3,1 „
1917	2,6 „	1925	3,9 „
1918	2,2 „	1926	3,9 „
1919	2,2 „		

Джымбсон даў такія лічбы: у 1913-1919 г. г. пасляопэрацыйная смяротнасць была роўная 4 проц., а ў 1919-1927 г. г.—4,6 проц. Ён тлумачыць гэта нарастанне процанту смяротнасці тым, што ў апошні час мы маем больш цяжкія выпадкі і больш радыкальныя апэрацыі. Такое-ж па сутнасці тлумачэнне дае і *Штых*. Надзвычайна карысна ведаць яшчэ некаторыя лічбы, датычныя вельмі пашыраных хвароб.

Возьмем апэндыцыт. Тут нам пападаюцца такія лічбы:

У Германіі (на 10.000 насельніцтва) смяротнасць была:

	Мужчыны	Жанчыны
У 1913 г.	0,7	0,5
„ 1926 „	0,8	0,6

Італія (на 10.000 насельніцтва) смяротнасць: у 1924 г. 0,31, у 1925 г. 0,34 і ў 1926 г. 0,36.

Вільліс (Амэрыка на 10.000 насельніцтва).

У 1901-1905 г. г.	1,1	У 1916-1919 г. г.	1,24
„ 1906-1910 „ „	1,12	„ 1920 „	1,34
„ 1911-1915 „ „	1,21	„ 1921-1922 „ „	1,44

У *Джыбсона* ў 1913-1919 г. г. на 78 хворых вострым апэндыцытам было 4,3 проц. сьмярцей, а ў 1919-1927 г. г. на 990 хворых было 5,7 проц. сьмярцей.

Зварачальнасьць насельніцтва і сваячасовасьць гэтай зварачальнасьці наўрад ці зьмяніліся; цяжка ўявіць сабе большую злаякаснасьць цяжэньня апэндыцыту. Ці не зьяўляецца прычынай гэтага вельмі вялікая пашыранасьць апэрацыі, дзякуючы чаму пачынаецца захапленьне ёю, недастаткова ўмелае апэраваньне і т. д.?

Калі мець на ўвазе лічбы *Вале*, дык атрымліваецца ўражаньне, што ад пашырэньня апэрацыйнай эры процант сьмяротнасьці павялічыўся.

Вале на 55.891 выпадак меў:

да 1890 г. (апэрац. эры)	. . . . .	6,6 проц.
1890-1900 г. (пачатак апэрац. эры)	. . . . .	7,8 „
1901-1908 „	. . . . .	6,5 „

Сьмяротнасьць павялічвалася да таго часу, пакуль ня выпрацавалася пакаленьне хірургаў, якія азнаёміліся з апэрацыяй, і ў выніку далі зьмяншэньне процанту сьмяротнасьці.

Цікава далей, што наводзе даных *Вільліса*, гэта павялічэньне сьмяротнасьці датычыцца ня толькі апэндыцыту, але закранае і іншыя галіны, з якіх ён адзначае язву страўніка, захворваньні жоўцевых шляхоў і вальяк. Зусім зразумела, што вышэйпаданае тлумачэньне можа быць цалкам аднесена і да гэтых хвароб.

Сьмяротнасьць пры жоўцевых хваробах наогул на 100.000 насельніцтва:

Амэрыка—Вільліс	1901-1905 г. г.	. . . . .	2,2 проц.
„ „	1906-1910 „	. . . . .	2,8 „
„ „	1911-1915 „	. . . . .	3,1 „
„ „	1916-1919 „	. . . . .	3,3 „
„ „	1920 г.	„	3,6 „
„ „	1921-1922 „	. . . . .	3,9 „

Гэтым зборным лічбам адпавядаюць даныя *Джыбсона* з аднай больніцы:

У 1913-1919 г. г. на 179 выпадкаў было 6,7 проц. сьмярцей, а ў 1919-1927 г. г. на 347 выпадкаў было 11,8 проц. сьмярцей.

Сьмяротнасьць ад вальляка наогул:
(на 100.000 насельніцтва)

Амэрыка	1901-1905 г. г.	. . .	0,8 проц.
"	1906-1910	" . . .	1,3 "
"	1911-1915	" . . .	1,6 "
"	1916-1919	" . . .	1,8 "
"	1920 г.	. . .	1,9 "
"	1921-1922	" . . .	2,8 "

(на 100.000 насельніцтва):

Амэрыка—Вільдс	1901-1905 г. г.	. . .	2,9 проц.
"	1906-1910	" . . .	3,6 "
"	1911-1915	" . . .	4,0 "
"	1916-1919	" . . .	4,1 "
"	1920 г.	. . .	3,9 "
"	1921-1922	" . . .	5,0 "

Калі лічыць гэтыя лічбы правільнымі, дык мы маем, сапраўды, цікавы і разам з тым вельмі трывожны факт—павялічэньне сьмяротнасьці ад некаторых хвароб амаль у два разы. Нельга думаць пра павялічэньне цяжкасьці захворваньня, для гэтага няма ніякіх падстаў, і калі лічыць, што гэта павялічэньне сьмяротнасьці мае сувязь з шырокаю хваляю хірургічных умяшаньняў пры даных хваробах—дык выходзіць, што і меншы пэўны спосаб лячэньня—опэрацыі—павялічвае сьмяротнасьць ад вядомай хваробы. Зусім магчыма, што ў гэтым меркаваньні ёсьць частка сапраўднасьці. Не заўсёды нашыранасьць опэрацыйнага лячэньня бывае злучана з дастатковай да яго падрыхтаванасьцю. Трэба каб прайшоў пэўны час, пакуль выпрацуюцца такія кадры хірургаў, якія будуць стаяць поўнасьцю на вышыні хірургічных дасягненьняў і магчымасьцяў нашай эпохі. Магчыма, што гэта аднаведнасьць паміж паказаньнямі да хірургічнага ўмяшаньня і здольнасьцю яго выкананьня не захоўваецца ў патрэбнай меры і ў выніку мы сапраўды маем пэрыод, калі сьмяротнасьць павялічваецца.

Калі опэрацыя пачынае нашырацца, дык яе пачынаюць рабіць шмат такіх хірургаў, якія яшчэ не ўладаюць дастатковым вопытам і тэхнікай; вось чаму, мабыць, і бывае падобны фэномэн, які разам з тым павінен прымусіць нас задумацца. Зьвярну ўвагу на словы В. У. Разумоўскага, які пісаў у 1927 г.: „Калі опэрацыі стоміў толькі пачыналіся (80-90 г.г.), памылак было шмат.“

Гэтыя памылкі—свайго роду „плата за навуку“, адмоўная фаза, якую хірургіі даводзіцца перажываць, і гэты пункт не павінен заставацца не асьветленым. Усё гэта зноў прыводзіць нас да вывадаў, пра якія я ўжо гаварыў вышэй.

Нарэшце, што-ж мы можам адказаць на тыя два пытаньні, якія мы паставілі ў пачатку гэтага разьдзелу?

Ці мае ўплыў сама апэрацыя, як такая, на хірургічную сьмяротнасьць? У $\frac{3}{4}$ выпадкаў хворы памірае, хоць і зроблена апэрацыя: сама хвароба або запушчанасьць яе зьяўляецца прычынай сьмерці. У $\frac{1}{4}$ выпадкаў (зразумела ў грубых лічбах) апэрацыя стварае ўмовы, якія спрыяюць сьмерці хворага. Гэтыя ўмовы— або зусім нечаканыя і непрадбачаныя аскладненьні—самая нязначная колькасьць выпадкаў, або аскладненьні, якія ў аснове сваёй узьнікаюць з запушчанасьці выпадку, або памылкі хірурга. Такім чынам, асноўныя шляхі змаганьня з пасьляапэрацыйнай сьмяротнасьцю два: сваечасовасьць хірургічнага ўмяшаньня і палепшаньне волыту хірурга. Апошняга можна дасягнуць рацыяналізацыяй хірургічнай працы і больш правільным разьмеркаваньнем хірургічнага матэрыялу, г. э. мерапрыемствамі соцыяльнага парадку.

Г. БІОЛЁГІЧНЫЯ ФАКТАРЫ ХІРУРГІЧНАЙ СЬМЯРОТНАСЬЦІ.

У гэту групу фактараў хірургічнай сьмяротнасьці я ўключаю аналіз такіх момантаў як пол, узрост і констытуцыя.

Уплыў полу.

Фактар полу ў хірургічнай сьмяротнасьці, мабыць, вялікага значэньня ня мае. Лічбы агульнай захворвальнасьці гавораць рознае. Напр., лічбы Германіі (за выключэньнем апошніх гадоў вайны і першых гадоў міру) паказваюць пераважаньне захворвальнасьці мужчын.

Германія. Лік хворых на 100 чал. насельніцтва.

	Мужчыні	Жанчыні
1913 г. . .	42,9	30,0
1914 „ . .	38,2	27,8
1915 „ . .	28,1	25,9
1916 „ . .	29,3	30,3
1917 „ . .	33,2	33,1
1918 „ . .	34,5	37,7
1924 „ . .	42,8	39,2
1925 „ . .	50,0	45,2
1926 „ . .	51,5	46,9

Паводле матэрыялаў Смулевіча на Беларусі за 4 гады зарэгістравана 275.237 зьвяртаньняў хворых мужчын і 292.112—жанчын, што на 1.000 чалавек кожнага полу складае для мужчын—881, для жанчын—913. Для застрахованых гэты стасунак таксама зьмяняецца ў бок пераважаньня жанчын.

Захворвальнасьць застрахованых па полу:

(СССР) на 100 страхаваных кожнага полу

	М.	Ж.
1924/25 г.г. . . .	70,8	71,2
1925/26 г.г. . . .	82,5	86,2
1926/27 г.г. . . .	77,2	80,7

Які гэты стасунак паміж поламі ў хірургічных хворых,—сказаць цяжка, бо я нідзе ня мог знайсці такіх лічбаў. Але некаторыя ўзбочныя паказаньні прымушаюць меркаваць, што сярод хірургічных хворых мужчын больш. Гэта падцьвярджаецца і тэй акалічнасьцю, што ў цэлым радзе справаздач хірургічных аддзяленьняў лік жанчын менш, як мужчын. На падставе справаздач 7 хірургічных аддзяленьняў (дзе ёсьць падзел на мужчын і жанчын) я адзначыў на 6.012 мужчын 3.648 жанчын. Гэта можа сьведчыць і аб тым, што хірургічная захворвальнасьць жанчын меншая, і аб тым, што яна больш лёгкая, бо госьпіталізуюцца, зразумела, толькі больш цяжкія хворыя. Далей, у хірургічных аддзяленьнях мы звычайна маем большую колькасьць мужчынскіх ложкаў, як жаночых. Зразумела, сьцьвярджаць, што колькасьць ложкаў адпавядае колькасьці хворых—цяжка, але як відаць, яна да пэўнай ступені адлюстроўвае агульнае становішча справы. Тое самае зьявішча адзначаецца і ў мяне ў клініцы.

Калі я зьвярнуся да свайго матэрыялу, у сэнсье разьмеркаваньня яго паводле полу, дык атрымаю такія даныя (бяру ня ўсё, а частку іх):

	Мужчын	Жанчын.
Паражэньне чэрапу . . .	146	38
„ твару . . .	90	42
„ шыі . . .	38	68
„ грудзей . . .	111	86
„ хрыбетніка . . .	38	12
„ страваходу . . .	16	5
„ страўніка . . .	164	34
„ печані . . .	11	36
„ кішочніка . . .	82	27

	Мужчын	Жанчын
Паражэньне кутніцы . . .	170	57
„ канцавін . . .	432	184
„ мачавых органаў . . .	222	73
„ апендыцыт . . .	441	326
„ грыжы . . .	538	98
	<hr/> 2.493	<hr/> 1.150

Стасункі, якія атрымліваюцца на маім матэрыяле, прыблізна такія самыя, як і ў 7 памянёных мною справаздачах.

Ёсць указаньні, што ў сувязі з большай захворвальнасьцю, хірургічных сьмярцей больш у мужчын, пропорцыянальна іх колькасьці. Але калі паставіць другое пытаньне—пра коэфіцыент сьмяротнасьці—дык на яго я пэўнага адказу даць не магу. Хоць можна знайсьці ў розных матэрыялах указаньні на тое, што хірургічная сьмяротнасьць у мужчын большая—аднаведна таму, што сьмяротнасьць у мужчын наогул большая, як у жанчын. Але цяжка сказаць, ці зьяўляецца ў гэтым большым коэфіцыенце дэталнасьці рашаючым фактарам пол, або іншыя моманты, што знаходзяцца ў сувязі з полам, як напр., профэсіянальны (скажам—у траўматычнай сьмяротнасьці) і г. д.

У справаздачы *Перальмана* (1923 г. 2-я Менская Савецкая больніца) стасунак ліку хворых мужчын да жанчын 2:1, а стасунак ліку памершых мужчын да памершых жанчын—3:1. Намёк на гэта я знайшоў у справаздачы аднаго ангельскага госьпіталю, дзе сьмяротнасьць мужчын складала 4,7 проц., а жанчын—3 проц.

Калі мы, апрача агульных лічбаў, зьвернемся да некаторых дэталей дык можна адзначыць наступнае:

У групе аномалій мы маем, магчыма, нязначную перавагу жанчын у сэнсье наогул захворвальнасьці. Гэта дэмонструецца масавымі лічбамі Германіі.

	Мужчын	Жанчын
1923 г.	4.219	4.627
1924	4.659	4.900
1925 „	5.822	5.942
1926	6.223	6.779

У хірургічнай захворвальнасьці прэвалюваньне, як відаць, атрымліваецца на боку мужчын, з прычыны вялікай групы аномалій мачапалавых аномалій (крыптохізм, гіпоспадыя, фімозі т. д.). Так, у мяне на 67 выпадкаў розных хірургічных аномалій—такіх было 21, г. зн. 30 проц. Бяз іх мужчын было—20, жанчын 26, але з імі разам мужчын—41 чал.,—жанчын 26.

У сэнсье розьніцы ў сьмяротнасьці я асаблівых указаньняў зрабіць не магу, апрача ўказаньня на агульнае ўражаньне, што жанчыны больш выносьлівыя.

Пераважаньне сьмяротнасьці ў мужчын з прычыны анэмалій адзначае і італьянская статыстыка (1926 г.), дзе на 1.602 сьмерці ў мужчын было—1.331 сьмерць—у жанчын.

У групе пашкоджаньняў мы маем, бязумоўна, пераважаньне мужчын у сэнсье захворвальнасьці. Так у СССР (1925 г.) мы маем 23,4 проц. хворых ад пашкоджаньняў мужчын і 9,2 проц.—жанчын. Да гэтага яшчэ магу дадаць лічбу суадносін пры траўме паміж мужчынамі і жанчынамі атрыманую на матэрыяле маёй клінікі—3,5:1; суадносіны гэтыя ж на Менску (Смулевіч)—2:1.

Гэта тлумачыцца, як відаць, тым, што агульныя лічбы датычацца пераважна лёгкіх пашкоджаньняў, а ў клініку пападаюць больш цяжкія выпадкі.

Сьмяротнасьць ад пашкоджаньняў большая ў мужчын.

Італія. Сьмяротнасьць у 1926 г. (абсалютныя лічбы): 9.521 мужчына і 3.138 жанчын.

У Германіі сьмяротнасьць на 10.000 насельніцтва была:

	Мужчын	Жанчын
1913 г.	6,1	1,6
1926 „	6,0	1,6

Мы бачым і тут прыблізна тая-ж самая суадносіны—3:1 (крыху больш), які паданых, датычных сьмяротнасьці ад пашкоджаньняў на Беларусі: калі захворвальнасьць знаходзіцца ў стасунку 2:1 дык сьмяротнасьць—3:1 (448 мужчын і 145 жанчын—наводле Смулевіча).

Зразумела, гэтыя моманты знаходзяцца ў пэўнай залежнасьці ад соцыяльных фактараў: мужчыны больш падпадаюць траўмам і прытым больш цяжкім траўмам, з прычыны чаго і больш паміраюць. Якіх-небудзь біялёгічных момантаў у большай сьмяротнасьці мужчын ад пашкоджаньняў я знайсьці ня мог. Дзьве ніжэй зьмешчаныя табліцы сьцьвярджаюць выказаную думку.

На падставе германскіх лічбаў за 4 гады можна казаць пра такія адносіны:

	Мужчын	Жанчын
Вытненьні	167.204	27.600— 6:1
Зломь чэрапа	25.111	4.487— 5:1
„ хрыбетніка	7.265	1.771— 4:1
„ рук	61.401	28.423— 2,8:1
„ ног	110.110	41.882 - 2,6:1
Апёкі	22.343	11.617— 2:1

Значэнне профэсіянальнага моманту ў пытанні пра сьмяротнасьць у мужчын і жанчын вельмі добра дэмонструеца такімі лічбамі (Германія 1926 г.):

	Мужчын	Жанчын
апёк выклікаў сьмерць	711	612
агнастрэльныя параненьні	295	58
пашкоджаньні машынамі.	446	48
іншыя цяжкія кантузіі	1153	44

У групе запаленьняў, якая складаецца з вельмі рознастайных захворваньняў, такой аднастайнасьці, як у групе траўмаў, мы не сустракаем.

З ліку запаленьняў органаў жывата зварочвае на сябе ўвагу апэндыцыт—сваёй частасьцю. Хто часьцей паражаецца апэндыцытам—мужчыны ці жанчыны? Даўней пераважаў погляд, што на апэндыцыт хварэюць пераважна мужчыны. Такой, напр., зьяўляецца думка *Растоўцава* (1919 г.). Але нашы даныя гавораць пра іншае. Напр., у мяне на 837 выпадкаў было 441 мужчына і 396 жанчын; але ў *Мартынава*—534 жанчыны і 292 мужчын; у *Тыфліскай клініцы*—151 мужчына і 399 жанчын. Але найбольш пераканальны ў гэтых адносінах вялікія германскія лічбы:

	Мужчын	Жанчын
1923 г.	40.546	47.296
1924 г.	51 516	58.509
1925 г.	69 300	77.745
1926 г.	73.513	83.101

Але паказальнік сьмяротнасьці ад апэндыцыту, нібы большы ў мужчын. Паасобныя паказаньні старых аўтароў не адзначаюць розьніцы ў гэтым сэнсье (*Эйнгорн*: 55 м., 57 ж.). Тут аднак самыя лічбы нязначныя. Але за тое мы маем такія даныя:

Італія. 1926 г.

У абсалютных лічбах памерла ад апэндыцыту:
м. 817, ж. 623 (стасунак 4:3).

Германія. На 10.000 насельніцтва памерла ад апэндыцыту:

	Мужчын	Жанчын
у 1913 г.	0,7	0,5
„ 1926 „	0,8	0,6

З такіх вялікіх лічбаў, можна мабыць, зрабіць вывад, што процант сьмяротнасьці ад апэндыцыту для мужчын крыху большы. На Беларусі таксама за 1925 г. ад апэндыцыту памерла 31 мужчына і 18 жанчын.

Запаленні печані і жоўцевых шляхоў сустракаецца на часьцей у жанчын. Гэты агульнавядомы факт можна падцьвярдзіць яшчэ раз вялікімі лічбамі. Германія за 4 гады на 49.400 м. з гэтымі хваробамі было 119.418 жанчын (1:2,5). У сувязі з гэтым фактам цікава, што ў Італіі за 1926 г. ад захворваньняў жоўцевых шляхоў памерла амаль аднолькавая колькасць мужчын і жанчын: 1.456 і 1.627. З гэтага таксама можна зрабіць вывад, што, хоць захворвальнасць у мужчын меншая, але сьмяротнасць ад жоўцевых хвароб большая.

Пэрытоніты часьцей бываюць у жанчын, зразумела, таму, што тут у этыолёгіі вялікае значэньне набываюць жаночыя палавыя органы, але паводле маіх назіраньняў хірургічныя пэрытоніты часьцей бываюць у мужчын і больш цяжка працякаюць у апошніх.

Пляўрыты паводле германскіх даных, часьцей бываюць у мужчын (46.229) як у жанчын (30.349). У маім матэрыяле з гнойнымі пляўрытамі было 31 мужчына і 22 жанчыны. За 1926 г. Італьянская статыстыка паказвае такую сьмяротнасць: 11.815 м. і 12.227 ж. Хваробы скуры і падскурнай клеткавіцы, якія ў сваёй вялізарнай масе зьяўляюцца сэптычнымі захворваньнямі, паражваюць пераважна мужчын. Гэта ілюструюць германскія лічбы: запаленні скуры—237.011 м. і 109.823 ж. Калі дапушчаць, што сьмяротнасць аднолькавая, дык мужчын павінна паміраць абсалютна больш; звычайна-ж пры запаленьнях бывае так, што сярод больш частых запаленьняў назіраецца і больш цяжкіх, таму я думаю, што і адносна больш памірае мужчын.

Паражэньні касьцей і суставаў таксама бываюць часьцей у мужчын.

	Мужчын	Жанчын
Германія 1923-1926 г. г.		
Паражэньні касьцей	69.501	39.811
суставаў	94.638	66.213

СССР 1925 г. паражэньні касьцей і суставаў у застрахованых у проц. 5,2 проц. мужчын, 3,4 проц. жанчын.

На маім матэрыяле сярод загінуўшых ад сэптычных процэсаў, флегмон, остэоміэлітаў—памерла больш мужчын, як жанчын.

Пухліны паражваюць пераважна жанчын, але гэта сумная перавага залежыць толькі ад палавых органаў. Калі іх ня лічыць, дык перавага будзе на баку мужчын.

Агульныя лічбы даюць наступны малюнак:

	Мужчын	Жанчын
Германія 1923-1926 г. г.		
Добраякасныя пухліны	36.660	96.785
Злаякасныя	81.262	140.692

Тлумачэньні да гэтай табліцы могуць даць лічбы *Бабука*. На 1.025 выпадкаў пухлін (б. Менская земская б-ца за 20 год) ён мог констатаваць, што ў мужчын было 472, а у жанчын—553 пухліны. Але пры гэтым пухлін палавых органаў было ў мужчын—13, у жанчын—327. Таму калі ўзяць пухліны без палавых органаў, дык мы атрымаем пераважаньне іх ў мужчын (мужчын—454; жанчын—222.)

Такім чынам, можна лічыць, што ў хірургічных аддзяленьнях злаякасных пухлін больш у мужчын.

Сьмяротнасьць ад злаякасных пухлін паводле германскіх лічбаў на 10.000 насельніцтва такя:

	Мужчын	Жанчын
У 1913 г.	7,4	8,9
. 1926	9,6	11,4

Італія 1926 г. дае сьмяротнасьць: 10.764 м. і 11.784 ж. Сьмяротнасьць у жанчын большая з прычын зазначаных вышэй момантаў. Наогул-жа закону сьмерці пры злаякасных пухлін падлягаюць аднолькава абодвы полы.

З групы хвароб жаўленьня, я спынюся на наступных момантах.

Язва страўніка ў хірургічных аддзяленьнях нападаецца часцей у мужчын, як у жанчын. Вялізарныя германскія лічбы даюць—на 109.543 м.—60.514 ж.; хірургічныя больніцы даюць яшчэ больш рэзкую прапорцыю. Так у маім матэрыяле на 86 проц. мужчын, было толькі 14 проц. жанчын (110 выпадкаў); з 18 выпадкаў язвы дванаццаціпалай кішкі—усе былі мужчыны. Паралельна захворавальнасьці ідзе і сьмяротнасьць. Так, паводле даных *Смулевіча* на 57 выпадкаў сьмерці ад язвы ў мужчын, было толькі 13 выпадкаў у жанчын. У Італіі (1926 г.) памерла ад язвы страўніка 1.078 м. і 533 ж. На Беларусі паказальнік сьмяротнасьці ад хвароб страўніка наогул (апрача раку) для—м. 1,8—для ж.—0,7. Ілеус і зашчэмленая грыжа, вырываюць з жыцьця пераважна мужчын; захворавальнасьць мужчын большая.

Германскія лічбы даюць:

	Мужчын	Жанчын
<i>Ілеус</i>	13.401	11.662
зашчэмленая грыжа . . .	30.334	22.240

Але сьмяротнасьць у мужчын яшчэ большая. Паводле матэрыялаў *Смулевіча*, сярод сьмярцей ад *ілеуса* і зашчэмленай грыжы на 35 м. было 29 жанчын. У маім матэрыяле лік памершых ад ілеусу мужчын у 4 разы большы, як жанчын.

Вальляк дае відавочнае пераважаньне ў жанчын.

Германскія лічбы такія: м.—16.989, ж.—50.645. У маім матэрыяле м.—3, ж.—49.

Такім чынам, мы бачым, што мужчыны пераважаюць у групе зашчэмлених грыж, ілеусу, хвароб пузыра, больш значна пераважаюць у групах пляўрыта, язвы страўніка, вольных грыж; потым у групе траўм, захвораваньняў касьцей і суставаў, скуры і падскурнай клеткавіцы. Жанчыны нязначна пераважаюць у аддзеле аномалій, пэрытонітаў (лагвовыя жаночыя пэрытоніты), апэндыцыту, значна пераважаюць у групе злаякасных і—асабліва—добраякасных пухлін, вальляка, жоўцевых захвораваньняў.

Смулевіч падкрэсьлівае вялікую сьмяротнасьць мужчын ад хвароб органаў страваваньня, мачавых органаў і зьнешных траўм.

Таму я лічу магчымым высунуць такое палажэньне, што ад хірургічных хвароб абсалютна больш церпіць і адносна больш памірае мужчын, як жанчын. Не знаходжу, аднак, тут прычын біолёгічнага парадку і лічу, што гэта большая хірургічная сьмяротнасьць мужчын залежыць ад уплыву простага ці ўскоснага соцыяльных момантаў (профэсія, запусканьне хваробы і т. д.).

Уплыў узросту.

Фактар узросту ў сьмяротнасьці ад хірургічных захвораваньняў зьяўляецца асабліва цікавым, бо з рознымі ўзростамі злучаны і розны стан біолёгічных сіл арганізму, і розная ступень удзелу ў профэсійнай працы. На падставе шматлікіх лічбавых даных можна меркаваць, што сьмяротнасьць на ўзростах выводзіць сваю сваеасабліваю крывую, значную ў першыя 5 год жыцьця—асабліва на першым годзе, якая потым паступова апускаецца з мінімумам у 10-15 год і далей зноў падымаецца з павялічэньнем узросту.

Я падам для ілюстрацыі некалькі лічбаў.

Паказальнік сьмяротнасьці на ўзростах у Маскоўскай губ. за 1899-1902 г. г.

	0-1	1-5	5-10	10-15	15-20	20-40	40-60	60 і больш
Зварачальнасьць (на 1.000 нас.)	212,0	611,1	313,4	375,8	556,1	675,0	647,1	411,9
Сьмяротнасьць	570,0	81,2	9,5	3,7	4,4	7,6	16,2	78,4
Памерла на 1.000 хворых	470,3	132,8	30,2	9,8	7,9	11,2	26,7	190,4

Захворавальнасць ва ўзросьце 5-10 г. і 10-15 г. амаль аднолькавая, а сьмяротнасць ва ўзросьце 10-15 г. меншая ў 2,5-3 разы.

Зьяўляецца вельмі характарнай крывая, даная Смулевічам, з якой добра відаць спад к 10-15 гадам, і потым уздым.

Ня менш выразна тэндэнцыя прадстаўлена ў наступнай табліцы:

Сьмяротнасць на 1.000 хворых

				Мужчыні	Жанчыні
да 1 г.				85,7	82,2
ад 1 да 4	„	„	„	37,6	36,2
„ 5	„	9	„	13,2	11,1
„ 10	„	14	„	5,5	3,9
„ 15	„	19	„	4,4	4,4
„ 20	„	29	„	6,2	4,4
„ 30	„	39	„	7,2	7,6
„ 40	„	49	„	14,1	11,0
„ 50	„	59	„	34,6	20,6
60 і больш	.	.	.	109,4	105,6

Наступная табліца адносіцца да Беларусі і дае лічбы захворвальнасці і сьмяротнасці (у паказальніках).

Узрост				Захворвальнасць	Сьмяротнасць
да 1 г.				4,7	23,1
ад 1 да 4	„	„	„	8,5	18,1
„ 5	„	9	„	4,9	3,4
„ 10	„	14	„	9,2	2,4
„ 15	„	19	„	12,1	3,1
„ 20	„	29	„	29,7	9,1
„ 30	„	39	„	13,8	5,9
„ 40	„	49	„	7,6	5,5
„ 50	„	59	„	4,8	7,7
„ 60 і больш	.	.	.	3,4	21,2

Усе гэтыя даныя дазваляюць Кіршнэру выказаць наступнае палажэньне: устойлівасьць арганізма павялічваецца ад нараджэньня з узростам, дасягае максымум к пэрыоду палавой даросласьці і потым наступова зьмяншаецца аж да натуральнай сьмерці. На падставе гэтага Кіршнэр пабудаваў такую крывую ўстойлівасьці арганізма:

Узрост				Паказальнік
да 5 г.				86,5
ад 6	„	10	„	97,1
„ 11	„	15	„	98,1
„ 16	„	20	„	96,6
„ 21	„	30	„	95,5

Узрост	Паказальнік
ад 31 да 40 г.	94,3
„ 41 „ 50 „	89,9
„ 51 „ 60 „	79,7
„ 61 „ 70 „	55,7

Мы можам лічыць, што гэта агульная тэндэнцыя сьмяротнасьці і закон узроставай устойлівасьці дапасавальны і да прыватнага выпадку—хірургічнага захворваньня.

Кіршнэр на двух паасобных прыкладах паказвае гэта. Ён дае процант сьмяротнасьці па ўзростах пры пэрытоніце і пры ілеусе.

Узрост	Пэрытоніт у проц.	Ілеус
да 5 г.	70	} 50 проц.
ад 5 „ 10 „	32,6	
„ 11 „ 15 „	22,6	
„ 16 „ 20 „	40	} 16,6 „
„ 21 „ 30 „	50	
„ 31 „ 40 „	57,2	34,6 „
„ 41 „ 50 „	77,4	38,2 „
„ 51 „ 60 „	79,5	41,6 „
„ 61 „ 70 „	80,8	51,3 „
і больш „	—	58,8 „
		64,3 „

Апрача агульнай устойлівасьці, у сувязі з узростам мы можам адзначыць яшчэ цэлы рад момантаў, якія маюць сувязь з паасобнымі групамі захворваньняў.

А іо маліі па зусім зразумелых прычынах выяўляюць свой згубны ўплыў пераважна ў першыя гады жыцця. Паводле даных італьянскай статыстыкі, за 1926 г. з ліку ўсіх загінуўшых ад хібаў разьвіцця—89,7 проц. памерла ў першы год; 9,5 проц.—да 10 гадоў, і на ўзрост ад 10 да 20 год застаецца 1,2 проц.

Аналіз пашкоджаньняў у сувязі з узростам дае некаторыя цікавыя дэталі. Італьянская статыстыка 1926 г. дае такое разьмеркаваньне сьмяротнасьці ад траўм на ўзростах:

да 1 году	2 проц.
„ 10 „	21,9 „
ад 10 да 20 г.	11,9 „
„ 20 „ 40 „	21,6 „
„ 40 „ 60 „	19,5 „
„ 60 і больш	19,6 „

Цікава звярнуць увагу на вялікую лічбу сьмяротнасьці на ўзросьце ад 1 да 10 год.

Да пэўнай ступені тое самае мы бачым у лічбах Германіі, дзе мы маем наступнае: узрост ад 1 да 5 год дае больш, як ад 5 да 15 год.

Германія 1926 г.		Абсолютныя лічбы		
		Мужчын	Жанчын	Разам
да 1 г.	. . . . .	284	181	465
" 5 г.	. . . . .	1.547	961	2.508
" 15 г.	. . . . .	1.477	494	1.971
" 30 г.	. . . . .	5.248	745	5.993
" 60 г.	. . . . .	6.682	1.091	7.773
больш 60 г.	. . . . .	2.878	1.796	4.674

Калі выразіць германскія даныя ў проц., дык мы атрымаем:

да 1 г.	. . . . .	2 проц.
ад 1 да 5 г.	. . . . .	11,7 "
" 6 " 15 "	. . . . .	8,4 "
" 16 " 30 "	. . . . .	22,5 "
" 31 " 60 "	. . . . .	34,3 "
ад 61 г. і больш	. . . . .	21,1 "

Як відаць, да 5 (10) г. такую вялікую лічбу даюць апёкі. Гэта можна давесці тымі-ж германскімі лічбамі, дзе сьмяротнасьць ад апёкаў разьмяркоўвалася па ўзростах наступным чынам:

да 1 г.	. . . . .	88
ад 1 г. да 5 г.	. . . . .	699
" 6 " 15 "	. . . . .	103
" 16 " 30 "	. . . . .	149
" 31 " 60 "	. . . . .	153
больш 60 г.	. . . . .	131

г. зн. сьмяротнасьць ад апёкаў да 5 год дала большую лічбу (787 выпадкаў), як усе іншыя ўзросты, узятыя разам (536).

Калі, такім чынам, выключыць гэты ўзрост, як сваеасаблівы, дык ясна відаць, што пераважны проц. сьмярцей прыпадае на ўзрост, які мы называем „рабочым“—ад 15 да 60 год. Гэты факт адразу ўказвае нам, што ў траўмах адыгрывае ролю не біялёгічны, а соцыяльны фактар. Гэта лёгка зразумець пры аналізе лічбаў германскай статыстыкі 1926 г.—сьмярцей ад траўм. Траўмы ва ўзросьце да 5 г. не даюць вельмі рэзкай розьніцы паміж мужчынамі і жанчынамі; гэта самае мы назіраем ва ўзросьце ад 60 год і больш—зразумела таму, што тут гэтыя траўмы больш-менш выпадковыя. Напр., ад пашкоджаньняў машынамі памірае ва ўзросьце ад 1 г. да 15 г.—мужчын—57,

жанчын—30 (2:1), а ад 15 да 60 г. мужчын—1.493, жанчын—473 (2:1). Рубрыка „няшчасныя выпадкі“ дае такія лічбы:

для ўзросту да 5 г.— 1.831 м.—1.142 ж. (1,6:1)
 для ўзросту больш 60 г.— 2 831 „ —1.783 „ (1,6:1)
 „ „ 15-60 г.—11.930 „ —1.836 „ (6:1)

Адмаўляць вялікую ўстойлівасць пэўнага ўзросту, зразумела, нельга; але яна выяўляецца, галоўным чынам, у адносінах да перамаганьня аскладненьняў, якія ўзьнікаюць. Сама-ж траўма вырашае ў першую чаргу лёс хворага сваёй цяжкасьцю.

Запаленьні вярбуюць свае афяры з усіх узростаў. Апэндыцыт ае сьм яротнасьць пераважна да 50 г. (да 50 г.—83 проц. усіх сьмярцей, пасля 50 год—17 проц., паводле даных *Вільліса*. Паводле італьянскіх лічбаў—ва ўзросьце да 45 г. ад апэндыцыту памірае больш, як ад раку. Максымум сьмяротнасьці прыпадае на гады 20-40, пасля гэтага сьмяротнасьць пачынае зьмяншацца.

Італьянская статыстыка таксама дастаткова яскрава гэта падцьвярджае:

да 1 г.	. . . . .	0,7 проц.
ад 1 да 10	. . . . .	8,2 „
„ 10 „ 20	. . . . .	20,8 „
„ 20 „ 40	. . . . .	32,3 „
„ 40 „ 60	. . . . .	20,8 „
„ 61 і больш	. . . . .	16,0 „

Калі ад апэндыцыту людзі паміраюць галоўным чынам да 50 г., дык ад холецыстыту і холянгіту—пасля 50 г. Гэта відавочна са статыстыкі *Вільліса*:

да 50 г.—32 проц. пасля 50 г.—68 проц.

Жоўцева-каменная хвароба ўзьнікае звычайна ва ўзросьце параўнаўча маладым,—і ў людзей старэй за 50 г. адыгрываюць ролю ня толькі гады чалавека, але звычайна і запушчанасьць хваробы—яе доўгатэрміновасць. Зварачаю таксама ўвагу на лічбы *Эндэрлена*, зьмешчаныя ў разьдзеле пры запаленьні жоўцевых шляхоў, дзе паказаны суадносіны паміж проц. сьмяротнасьці і павялічэньнем узросту. Італьянская статыстыка таксама дастаткова пераканальна:

да 1 г.	. . . . .	5,5 проц.
да 1 да 10	. . . . .	5,6 „
„ 11 „ 20	. . . . .	1,7 „
„ 21 „ 40	. . . . .	13,4 „
„ 41 „ 60	. . . . .	29,4 „
„ 61 і больш	. . . . .	39,7 „

Даныя, датычныя *пэрытоніту*, мы паказалі вышэй (*Кіршнэр*), гэтыя лічбы сьведчаць ня толькі пра абсалютнае павялічэньне, сьмяротнасьці з павялічэньнем узросту, але і пра адноснае павялічэньне ліку афяр.

Пля ўрыт дае нам прыклад захворваньня, дзе мала ўстойлівы ўзрост зьяўляецца амаль рашаючым фактарам. Я павінен спаслацца на лічбы, ужо зьмешчаныя ў разьдзеле пра пляўрыты. Асабліва паказальнымі зьяўляюцца італьяянскія лічбы:

да 1 г.	5,3 проц.
ад 1 да 10	21,4 .
11 . 20	7,5 .
20 . 40	17,8 .
40 . 60	20,7 .
61 і больш	24,9 .

На пляўрыты хварэе даволі значная колькасьць людзей ва ўсіх узростах. Там-жа мною паказаны лічбы *Краснабаева*, якія гэта добра падцьвярджаюць: зноў мы бачым азначэньне старасьці і ўстойлівасьці другога дзесяцігодзьдзя жыцьця.

Ад остэоміэлітаў, як відаць, паміраюць таксама ў большасьці дзеці па ўзросьце да 10 г.

Пра значэньне ўзросту для сьмяротнасьці ад пухлін гаварыць многа няма патрэбы; я спасылаюся на ўжо выказанае ў разьдзеле пра пухліны. Магу толькі дадаць лічбы італьянскай статыстыкі:

да 1 г.	0,1 проц.
ад 1 да 10	0,8 .
10 . 20	0,8 .
20 . 40	5,9 .
40 . 60	34,7 .
61 і больш	53,9 .

Як відаць, толькі 7,6 проц. паміраючых ад пухлін мае ўзрост ніжэй 40 г., астатнія вышэй 40 г., прычым палавіна хворых гіне па ўзросьце больш 60 год. Паводле Вільліса, да 50 г.—гіне ад пухлін 23 проц., насля 50 г.—77 проц. Малады ўзрост наражаецца пухлінамі рэдка, але (што назіраецца ў клініках) ня мае асаблівай устойлівасьці ў адносінах да іх: наадварот, у маладых суб'ектаў пухліны працякаюць нібы асабліва злаякасна.

З ліку захворваньняў 5-й групы спынюся на грыжы, язьве страўніка, завараце, хваробах мачавых органаў. Мы ўжо зазначылі вышэй адносна грыжы, што доўгатэрміновасьць яе нашэньня мае сувязь з павялічэньнем небясьпечнасьці. Больш ста-

рыя людзі хутчэй паміраюць ад аскладненняў пры зашчэпле-
насьці грыжы. Вось чаму зразумелы для нас амэрыканскія лічбы
Вільліса, паводле якога сьмяротнасьць ад грыжы разьмяркоў-
ваецца так, што да 50 г. памірае 48 проц., а пасля 50 г.—
52 проц.

Язва страўніка, у моц тых-жа меркаваньняў, дае сьмярот-
насьць пераважна таксама ў старыя гады. У статыстыцы *Віль-
ліса* паказана 45 проц. сьмяротнасьці да 50 г., і 55 проц.—пасля
50 г. Італьянская статыстыка дае наступныя, больш падрабяз-
ныя лічбы:

да 1 г.	0,2 проц.
ад 1 да 10	0,4 „
„ 10 „ 20	1,7 „
„ 20 „ 40	20,5 „
„ 40 „ 60	34,4 „
„ 61 і больш	40,3 „

Ілеус дае сьмяротнасьць пераважна пасля 40 г., што відаць
з наступнай табліцы:

Пецярбург 1897-1901 г. г. сьмярцей ад ілеусу	
ад 16 да 20 г.	5 выпадкаў
„ 21 „ 40 г.	51 „
„ 41 „ 60 г.	64 „
„ 61 і больш	27 „

Таксама рэзка абмалёўваецца роля старасьці ў сьмяротнасьці
пры хваробах мачаналавых органаў. Італьянская статыстыка
дае тут такія лічбы:

да 1 г.	1,4 проц.
ад 1 да 10	1,3 „
„ 10 „ 20	0,9 „
„ 20 „ 40	3,4 „
„ 40 „ 60	10,3 „
„ 61 і больш	63,4 „

Рэзкае павялічэньне ва ўзросьце больш 60 г. адбываецца, як
відаць, за лік гіпэртрофіі простаты. Значэньне ўзросту ў гэтым
пункце я магу ілюстравать данымі *Уотсона*, які пры вывучэньні
816 выпадкаў атрымаў сьмяротнасьць:

ва ўзросьце ад 49 да 59 г.	5,8 проц.
„ „ „ 59 „ 69 г.	9,5 „
„ „ „ 69 „ 79 г.	15 „
„ „ „ 79 „ 89 г.	33 „
„ „ „ больш 89 год	50 „

Цікавым зьяўляецца пытаньне пра хірургічную сьмяротнасьць у нованароджаных. Мы ведаем, што сьмяротнасьць бывае асабліва вялікай у першыя гады жыцьця дзіцяці, але якраз у гэтыя гады хірургічныя захворваньні дзяцей не зьяўляюцца частымі. Можна паказаць лічбы *Гайле*, які на 259 апэрацый у грудных дзяцей атрымаў 17 сьмярцей: проц. сьмяротнасьці—6 проц., г. зн. блізкі да процанту сьмяротнасьці дарослых.

Паводле італьянскай статыстыкі вялікі процант сьмяротнасьці ў грудных дзяцей даюць хваробы органаў руху (остэоміэліт), потым пляўрыты і хваробы печані.

Да 10 г. больш за ўсё дзяцей гіне ад пляўрытаў, затым ад хвароб органаў руху (остэоміэліты), потым ад траўмы; апрача таго ў гэтым узросьце ўжо пачынае зьяўляцца апэндыцыт.

Ва ўзросьце ад 10 да 20 г. ёсьць толькі тры галоўныя ворагі: апэндыцыт, траўмы і нарэшце пляўрыт. Астатнія прычыны сьмерці прадстаўлены адзінкаю ды яе часткамі.

Узрост ад 20 да 40 г. дае значныя лічбы сьмяротнасьці ва ўсіх аддзелах. Найбольшую сьмяротнасьць у гэтым узросьце выклікае таксама апэндыцыт, пасля траўмы, потым язва і зноў пляўрыт.

Пасля 40 г. пачынаюць выяўляцца, як галоўны вораг, злоякасныя пухліны. Пасля іх язва страўніка і печань. Наогул пасля 40 г. значна ўзрастаюць усе лічбы. Пасля 60 г. выступае новы фактар—захворваньні простаты; павялічваецца сьмяротнасьць ад злаякасных пухлін, язвы страўніка, печані, пляўрыту. Наогул усе прычыны сьмяротнасьці ўзрастаюць к 60 гадам, апрача апэндыцыту, які зьмяншаецца.

Якія-ж вывады мы можам зрабіць на падставе паданага матэрыялу, пра ўплыў такога фактару, як узрост?

За ўзростам трэба прызнаць значэньне магутнага фактару хірургічнай сьмяротнасьці. Узрост стварае асновы біялёгічнай устойлівасьці або няўстойлівасьці арганізма. Больш стары ўзрост, апрача паніжанай устойлівасьці, абумоўлівае сабою і больш доўгачасовае існаваньне хваробы, г. зн. яе запусьчанасьць: усё гэта і стварае прадпасылкі да павялічэньня хірургічнай сьмяротнасьці ў паджылыя і старыя гады.

Значэньне констытуцыі.

Констытуцыя, як сума пэўных анатомічных і функцыянальных элемэнтаў, абумоўлівае рэакцыю арганізма на розныя раздражняльнікі, а з прычыны таго, што хвароба і хірургічнае ўмяшаньне зьяўляецца раздражалікамі вельмі моцнымі, дык зусім

зразумелы той уплыў, які мае на хірургічную сьмяротнасьць такі фактар, як констытуцыя. Констытуцыя ёсьць адзін з тых момантаў, якія спрыяюць пэўнаму тыпу захворвальнасьці. У паняцьце констытуцыі ўваходзіць і такая адзнака, як доўгавечнасьць: ёсьць людзі і сем'і, для якіх сярэдні век—70 г., сем'і з сярэднім векам ад 60 да 70 г., і, нарэшце—менш 60 год. З гэтых заўваг выразна відаць вялізарнае значэньне такога фактару, як констытуцыя для хірургічнай сьмяротнасьці. Аднак, у практычным разьвязаньні гэтага пытаньня мы натыкаемся на тыя самыя цяжкасьці, як і ва ўсёй навуцы пра констытуцыі: знаходзячыся ў пэрыодзе папярэдняга зьбіраньня фактараў, мы яшчэ ня можам адказаць на цэлы рад натуральна ўзьнікаючых пытаньняў.

Калі абмежавацца разглядам тыпаў морфолёгічных, выходзячы з такіх паняцьцяў, як астэнічны, гіпэрстэнічны і сярэдні тып, дык можна даць толькі некаторы папярэдні нарыс зьвестак пра іх устойлівасьць і сьмяротнасьць.

Гіпэрстэнічны тып, злучаны часта з артрытызмам, хваробамі абмену, атлусьценьнем, фіброматозам і т. д., зьяўляецца ў шмат якіх выпадках тыпам малаўстойлівым і для хірургічных умяшаньняў мала падыходзячым. Асабліва выяўляюцца ўсе адмоўныя бакі гэтага тыпу ва ўзросьце больш 40 г.: усе сыстэмы якія падтрымліваюць біолёгічную ўстойлівасьць арганізма,—сэрца, судзіны, лёгкія, печань, ныркі—лёгка робяцца недастатковымі і прогност у такіх хворых мы павінны вызначыць з вялікаю асьцярогаю. Горш за ўсё такія хворыя пераносяць апэрацыі ў брушной поласьці; яны выяўляюць вялікі нахіл да лёгачных аскладненьняў, тромбозаў, пасляопэрацыйных паралюшаў кішч. Затлусьцелыя хворыя, і асабліва жанчыны, вельмі лёгка падпадаюць інфэкцыі. З другога боку, гіпэрстэнічны тып без паказаных вышэй дысплястычных расстройтваў констытуцыі, дае добрыя вынікі пры апэрацыйных умяшаньнях: такое ўражаньне атрымалася ў мяне, галоўным чынам ад опэраваньня салдатаў у часе імперыялістычнай вайны і сялян у мірны час. У мяне стварылася зусім пэўнае ўражаньне—значна большай выносьлівасьці і меншай сьмяротнасьці ў гіпэрстэнікаў гэтага тыпу на-раўнаўча з гараджанамі. Мне здаецца, што вялізарнае значэньне тут мае лепшы стан нэрвовай сыстэмы наогул і вэгэтатыўнай ў паасобку.

У адносінах да астэнікаў трэба адрозьніваць два ўзросты. Астэнікі больш маладыя няўстойлівыя ў сэнсье агульных жыць-

цёвых сіл, лёгкіх, судзіннай сыстэмы; дзейнасць эндокрынных залоз недастаткова рэгулюецца і з прычыны гэтага тут могуць быць розныя нечаканасці, як сьмерць на апэрацыйным стале і т. д.

Зусім іншая справа астэнікі больш старога ўзросту: адмоўныя бакі гэтага тыпу, дзякуючы ўзраставым зьменам, зьмякчаюцца і на першы плян выступаюць асаблівасці, выгодныя для хірурга.

Ці можна на падставе гэтых некалькіх заўваг, зрабіць зусім пэўныя вывады, нават у адносінах да гэтых двух морфолёгічных тыпаў? Калі-ж уявіць сабе рознастайнасць усіх тых умоў, якія ствараюць канстытуцыянальны тып і апрача таго, узяць пад увагу такога рашаючага фактару, як зьнешняе асяродзьдзе, дык, зразумела, пакуль лепш адмовіцца ад спробы лічыць гэта пытаньне разьвязаным у сэнсье практычных вывадаў. Аднак, з усёй разнасьцю трэба падкрэсьліць значэньне канстытуцыянальнага моманту ў пытаньні пра сьмяротнасьць наогул і хірургічнай сьмяротнасьці ў паасобку.

Д. СОЦЫЯЛЬНЫЯ ФАКТАРЫ.

Калі мы недастаткова моцныя часам для змаганьня з момантамі біолёгічнага характару і калі прырода не так-та лёгка раскрывае нам свае таямніцы для пасьпяховага змаганьня з хваробамі, дык ёсьць галіна, у якой нашы спробы змаганьня са сьмяротнасьцю могуць даць значныя вынікі, і якая падлягае ў значнай ступені нашаму ўздзеянню: гэта галіна соцыяльных фактараў хірургічнай сьмяротнасьці.

У папярэдніх разьдзелах, у шмат якіх мясцох, я адзначыў тыя соцыяльныя моманты, якія маюць уплыў на хірургічную сьмяротнасьць. Зноў спыняцца падрабязна на тых-жа самых пытаньнях—значыла-б толькі паўтарацца, і таму я абмяжуюся толькі кароткім рэзюмэ раськіданых у розных месцах заўваг.

Сьмяротнасьць, перш за ўсё залежыць ад захворвальнасьці, а захворвальнасьць у вельмі вялікай меры залежыць ад фактараў соцыяльнага парадку. Няма патрэбы іх пералічыць: прафэсія, жыльлёвыя ўмовы, эканомічная забясьпечанасьць—усё гэта стварае глебу для тэй ці іншай захворвальнасьці і сьмяротнасьці. Мы гэта добра бачылі ў разьдзеле пра пашкоджаньні. Дастаткова паглядзець на самы звычайны праспэкт страхаваных арганізацый, для таго, каб пераканацца ў тым, які вялікі уплыў мае профэсія на сьмяротнасьць ад пашкоджаньняў. У шмат якіх запальных процэсах—іменна ў іх цяжкасьці і сьмяротным

выніку—мы таксама бачым пераважны ўплыў соцыяльнага фактару: цяжкая анаэробная інфекцыя ёсць сумны лёс пераважна людзей земляробнай працы і т. д. Разьвіцьцё ракавых вухлін у шмат якіх выпадках мае бязумоўна сувязь з вытворчасцю; у другіх выпадках гэта сувязь ня можа быць даведзена з матэматычнай дакладнасьцю, але клінічныя назіраньні робяць яе ў дастатковай меры верагоднай. Нашы сучасныя ўяўленьні пра ўплыў раздражэньня, як істочнага кампанэнта ў этымолёгіі ракавай хваробы, з лёгічнай няўхільнасьцю вызначаюць залежнасьць раку ад зьнешніх умоў існаваньня індывіда. Група расстройстваў жыўленьня дае таксама для гэтага шмат прыкладаў: грыжы, і асабліва іх зашчэпленасьць, многія формы непраходнасьці кішочніка, язва страўніка і шмат іншых хваробных форм. Прыглядаючыся да клінікі ўсіх пералічаных хірургічных захворваньняў, мы адзначаем, ня толькі тое, што соцыяльныя фактары абумоўліваюць самую захворвальнасьць, а і тое, што існуе бязумоўны паралелізм паміж цяжкасьцю хваробы і цяжкасьцю зьнешніх умоў, у якіх жыве хворы: сьмяротнасьць у вельмі значнай ступені непасрэдна залежыць ад гэтых умоў. Усё гэта дазваляе нам зрабіць вывад, што нашы посьпехі ў змаганьні з хірургічнай сьмяротнасьцю залежаць ня толькі ад веданьня хваробы і спосабаў яе лячэньня, але і ад момантаў чыста соцыяльнага парадку. Значэньне таго ці іншага фактару зьмяняецца ў розных групах захворваньняў.

Наступным фактарам хірургічнай сьмяротнасьці зьяўляецца „запушчанасьць“ хваробы. У аднаведным месцы я ўжо высьвятліў, што гэтая запушчанасьць толькі ў невялікім проц. выпадку ёсць вынік недасканальнасьці нашых дыягностычных мэтодаў. У пераважнай большасьці яна зьяўляецца вынікам соцыяльных момантаў,—ці будзе гэта непасрэднае, ці ўскоснае іх узьдзеянне. Недастатковасьць хірургічнай дапамогі,—найбольш дарагога віду мэдычнай дапамогі—ёсць вынік слабай матэрыяльнай культуры і эканомічнай маламоцнасьці. Страх хворага перад апэрацыйным умяшаньнем ёсць ў масавым маштабе вынік малой культурнасьці. Кепская падрыхтоўка ўрачоў—ёсць выяўленьне тэй-жа самай слабай матэрыяльнай культуры. Усё гэта ўзятае разам і стварае тую „запушчанасьць“, якая паводле прыблізных падлікаў зьяўляецца прычынай сьмерці хворых у 30-40 проц. усіх хірургічных сьмярцей.

Фактары лекавога парадку—само апэрацыйнае ўмяшаньне—зьяўляецца таксама ў значнай меры адлюстраваньнем соцыяльна-

культурных умоў жыцця краіны. Складнасьць сучаснага хірургічнага лячэння вымагае вялікіх тэхнічных прыстасаванняў, добрай агульнай абстаноўкі і спрацаванага паміж сабою кваліфікаванага персоналу. Пра сучаснага хірурга, які жадае мець добрыя пасляопэрацыйныя вынікі, можа літэральна сказаць „адзін у полі не ваяка“. Добра абсталяванае хірургічнае аддзяленне, якое максымальна забеспячае хворага ад інфекцыі і ўлічвае поўнасьцю яго жыццёвыя шансы,—вымагае вялікіх сродкаў. Пытаньне зноў упіраецца ў моманты чыста соцыяльнага парадку. У гэтым-жа разрэзе разьвязваецца і пытаньне хірургічнай практыкаванасьці—кваліфікацыя хірурга ўзрастае таксама на глебе матэрыяльнай культуры і ў залежнасьці ад ступені яе. Такім чынам, і пасляопэрацыйная сьмяротнасьць—ёсьць у канчатковым выніку функцыя соцыяльных адносін і класовай барацьбы ў даным адрэзку часу.

І нават констытуцыя—найважнейшы з біолёгічных фактараў сьмяротнасьці—знаходзіцца ў канчатковым выніку пад такім вялізарным уплывам зьнешняга асяродзьдзя, што і тут соцыяльны фактар выступае таксама на першы плян. Умовы харчаваньня, работы, уплывы на вэгэтыўную нэрвовую сыстэму могуць з аднаго боку „спасаваць“ самую лепшую констытуцыю і, наадварот, рацыянальна накіраваныя—гэтыя-ж самыя зьнешнія ўмовы могуць згладзіць няспрыяльныя эндогенныя фактары аж да поўнай кампэнсацыі іх.

Вось якой зьяўляецца магутная роля соцыяльнага моманту у пытаньні сьмяротнасьці наогул і хірургічнай сьмяротнасьці ў паасобку.

Вялікае значэньне гэтага соцыяльнага фактару яшчэ ў тым, што паколькі ён зьяўляецца вынікам вытворчых адносін, а апошнія—зьмяняюцца, пастолькі ён, у значна большай ступені, чым фактар біолёгічны, падлягае нашаму ўздзеянню. Адсюль у якасьці бясспрэчнага лёгічнага вываду вынікае, што доктар, які імкнецца да найбольшай эфэктыўнасьці ў сваёй рабоце, не павінен замыкацца выключна ў вузкіх межах сваёй спэцыяльнасьці. Таксама гэта датычыцца і хірурга: між тым, трэба прызнаць, што іменна хірургія, як вельмі спецыялізаваная галіна мэдыцыны, стаяла ад жыцця даволі часта далей, чым усякая іншая з мэдычных дысцыплін.

III ЗАКЛЮЧЭНЬНЕ

На падставе ўсяго выказанага вышэй, я раблю наступныя вывады:]

У агульнай сьмяротнасьці насельніцтва хірургічная сьмяротнасьць займае параўнаўча невялікае месца. Выявіць гэтую адносную долю, якая прыпадае на сьмяротнасьць ад хірургічных захворваньняў, цяжка, але, як відаць, яна роўна прыблізна 10-15 проц. агульнай. Прымаючы сярэдняю сьмяротнасьць за японііі гады ў СССР роўнай 2,3 проц. атрымліваем агульную хірургічную сьмяротнасьць 0,23-0,24 проц. (г. зн. на 100 чалавек насельніцтва).

Паказальнікам „хірургічай сьмяротнасьці“, г. зн. процантам сьмяротнасьці самых хірургічных хворых, трэба, відаць, лічыць, 1 на 100, г. зн. на 100 хірургічных хворых, якія зварачаюцца да ўрача, памірае 1 чалавек.

Агульная сьмяротнасьць насельніцтва зьмяншаецца. Цяжка сказаць, ці зьмяншаецца ў такой самай ступені і сьмяротнасьць хірургічная, аднак, нясумненна, што агульнае зьмяншэньне сьмяротнасьці стварае спрыяльны фон і для зьмяншэньня хірургічнай сьмяротнасьці.

Зьмяншэньне сьмяротнасьці ў больніцах наогул сьведчыць аб тым, што ня толькі зьмяншаецца захворвальнасьць, але і палепшаецца лекавая эфэктыўнасьць, выходзячы з гэтага можна дапушчаць, што іх хірургічная лекавая эфэктыўнасьць павялічваецца.

Для больш дакладнага выяўленьня хірургічнай сьмяротнасьці прыходзіцца карыстацца процантамі сьмяротнасьці хірургічных хворых у хірургічных аддзяленьнях. Дзякуючы рознастайным умовам гэтых аддзяленьняў (матэрыял, опэравальнасьць і т. д.) мы атрымваем і розныя лічбы процантаў сьмяротнасьці. У сярэднім гэты процант цяпер роўны—5.

Калі вывучаць процант сьмяротнасьці ў хірургічных аддзяленьнях за апошнія 50 год, дык мы нібы не констатуем зьмяншэньня гэтага процанту. Аднак, гэты „застой“ зьяўляецца ўяўным. Калі-б мы цяпер рабілі толькі тыя апэрацыі і толькі ў такіх разьмерах, як гэта было 30-40-50 год таму назад, дык мы констатавалі-б, зразумела, значнае зьмяншэньне процанту сьмяротнасьці; пры нашай-жа сучаснай актыўнасьці затрыманьне процанту сьмяротнасьці на тэй-жа самай лічбе, азначае вялізарны крок уперад.

Амаль тое самае трэба паўтарыць адносна пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці. Ня глядзячы на тое, што цяжка вызначыць сярэдняю лічбу пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці, трэба прыняць яе для „вялікай“ хірургіі—у 5 проц. Як відаць, наогул мы можам гаварыць пра зьмяншэньне пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці нараўнаўча з канцом мінулага стагодзьдзя, ня глядзячы на наш вялізарны апэрацыйны размах. Гэта зьмяншэньне ў пераважнай меры адносіцца да траўм; значна менш зьмянілася становішча з пухлінамі.

Калі наогул можна гаварыць пра зьмяншэньне процанту пасля апэрацыйнай сьмяротнасьці за апошнія 25 год у два разы—дык у пэвонных групах захворваньняў і апэрацый гэтае зьмяншэньне больш значнае, даходзячы да 10 разоў.

Бясспрэчны факт зьмяншэньня хірургічнай і пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці ставіць перад намі задачу—высьветліць шляхі, якімі хірургія дамаглася гэтага зьмяншэньня, для таго, каб арганізаваным спосабам дамагацца і надалей зьмяншэньня хірургічнай сьмяротнасьці. Выходзячы з гэтага, нам неабходна перайсьці да вывучэньня „фактараў хірургічнай і пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці“, каб супроць кожнага з іх адшукаць способы змаганьня.

З гэтых фактараў у сучасны момант найбольшую ролю адыгрываюць фактары соцыяльнага парадку. Змаганьне з імі павінна даць значнае зьмяншэньне сьмяротнасьці ў галіне пашкоджаньняў і запаленьняў, якія складаюць да 60 проц. усіх хірургічных захворваньняў.

Асабліва ўзмоцнена цяпер неабходна змагацца супроць „запушчанасьці“ хваробы, што зьяўляецца сапраўднай прычынай сьмерці ў вельмі вялікай колькасьці выпадкаў.

Выконваючы гэтую задачу, мобілізуючы грамадскую ўвагу на гэтым соцыяльным фактары, хірургія з разных „раздарожжаў“ і сьцежак выйдзе на шырокі шлях выкананьня свайго соцыяльнага прызначэньня.

З Ъ М Е С Т

	<i>Стар.</i>
Прадмова	3
Уводзіны	I, II, III

I. Статыка і дынаміка хірургічнай сьмяротнасці

1. Ступень удзелу хірургічнай сьмяротнасці ў агульнай сьмяротнасці насельніцтва	9
2. Хірургічная сьмяротнасць	13
3. Сьмяротнасць у хірургічных аддзяленнях	14
4. Пасляопэрацыйная сьмяротнасць	18
5. Рух хірургічнай сьмяротнасці	21

II. Фактары хірургічнай сьмяротнасці

A. Характар захворвання і яго лёкалізацыя, як фактар хірургічнай сьмяротнасці	32
1. Аномаліі развіцця (прыроджаныя хваробы)	—
2. Пашкоджанні	34
Пашкоджанні чэрапу	37
" хрыбетніка	41
" органаў жывата	42
" грудзей	46
" канцавін	49
Вывенныя і параненыя	50
Зломы	51
Зьвіхі	52
Апёкі і адмарожванні	—
Заклучэнне	53
3. Запаленні	61
Агульная частка	—
Запаленні сэрэзных абалонак вялікіх поласцінай (пэрытоніт і пляўрыт)	63
Запаленні (абсцэсы) унутраных органаў	69
а) апендыцыт	70
б) запаленні жоўцевых шляхоў	74
Гнойныя захворванні касыцей і мяккіх частак	76
Піэмія і септыцемія	80
Хірургічны тубэркулёз	—
Заклучэнне	82

	Стар.
4. Пухліны	83
Злаякасныя пухліны	—
Пухліны мазгоў	88
Вывады	94
5. Расстройства жыўлення і змяшчэнні	97
Грыжы	—
Язва страўніка	103
Хваробы селязёнки	106
Заклучэнне	111
Б. Уплыў на сьмяротнасць „запушчанае” захвор- ваньня	113
В. Уплыў операцыйнага ўмяшання на хірургічную смяротнасць	115
Аналіз прычын пасляоперацыйнай сьмяротнасці	116
Г. Біялагічныя фактары хірургічнай сьмяротнасці	144
Уплыў полу	—
Уплыў узросту	151
Значэнне канстытуцыі	158
Д. Соцыяльныя фактары хірургічнай сьмяротнасці	160
Заклучэнне	163

Друк. Кіраўніцтва Спраў
СНК і ЭКАСА БССР
Заказ № 820—2000 экз.
10¹/₂ арк. Д.
Галоўлітбел № 2968

Беларусь
Культура



00000002600915